



DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
CATTEDRA DI DIRITTO AMMINISTRATIVO

LA SANITA' COME SERVIZIO PUBBLICO PLURALE

RELATORE

Prof. Vincenzo Antonelli

CANDIDATO

Giovanna Calandrino

Matr. 062032

Anno Accademico

2011/2012

INDICE

Introduzione.....	2
Capitolo 1 – La nozione di servizio pubblico.....	5
1.1. La mancanza di una definizione unitaria e generale di servizio pubblico.....	5
1.2. La nozione soggettiva di servizio pubblico.....	6
1.3. La nozione oggettiva di servizio pubblico.....	11
1.4. La definizione di servizio pubblico così come emerge dalla giurisprudenza.....	19
Capitolo 2 – La sanità come servizio pubblico.....	22
2.1. Il servizio pubblico della sanità.....	22
2.2. I principi costituzionali in materia sanitaria.....	24
2.3. La prima riforma in ambito ospedaliero con la legge 12 febbraio 1968, n. 132.....	28
2.4. L'istituzione del servizio sanitario nazionale con la legge 23 dicembre 1978, n. 833.....	31
Capitolo 3 – Le molteplici riforme del servizio sanitario nazionale.....	37
3.1. La difficile attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale.....	37
3.2. Le innovazioni introdotte dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.....	40
3.3. La terza riforma della sanità con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.....	42
3.4. La sanità alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione.....	46
3.5. I problemi aperti.....	53
Conclusioni.....	58
Bibliografia.....	63
Webgrafia.....	68

Introduzione

Studi ormai consolidati dimostrano come la tutela del diritto alla salute svolga un ruolo cruciale nel processo di costruzione e rafforzamento dell'identità collettiva nazionale, nonché del progresso scientifico e culturale di un Paese¹.

La tutela della salute, infatti, è interconnessa in maniera inevitabile con il progresso socio-economico e culturale di un paese; inoltre risente dell'evoluzione teorica, sociale e culturale della società di riferimento. D'altra parte proprio il riconoscimento e l'inserimento nel testo costituzionale di determinati principi corrispondenti, da un lato, alle tradizionali libertà, dall'altro, agli interessi sociali del cittadino, e la loro effettiva realizzazione da parte degli organi della Repubblica cui è demandato tale compito, caratterizza una società “veramente” civile e democratica².

È noto come il sistema sanitario sia caratterizzato da un'estrema complessità, sia per quel che riguarda i campi d'intervento – che vanno dalla tutela della salute collettiva a quella individuale, dallo studio epidemiologico dello stato di salute della popolazione alla tutela dell'ambiente, dalla prevenzione alla cura delle malattie e alla riabilitazione e recupero – sia per quel che riguarda l'azione coordinata di più soggetti istituzionali che interagiscono nel sistema.

Alla luce di ciò, nel presente elaborato dal titolo: “*La sanità come servizio pubblico plurale*”, si intende mostrare come, sia il bene salute che il servizio pubblico sanitario, siano caratterizzati dall'elemento pluralistico.

Tale caratterizzazione emerge sia a livello di definizione e descrizione del bene salute - bene che riguarda tutti gli aspetti della vita individuale e collettiva, dal lavoro all'alimentazione fin anche allo sport - ma anche a livello di pluralità di attori del servizio – Stato, regioni, autonomie territoriali, erogatori privati, medici e professioni sanitarie, cittadini e imprese farmaceutiche – chiamati a concorrere alla organizzazione, regolazione e produzione dei servizi sanitari.

Dal momento che, nel nostro ordinamento, il servizio di assistenza sanitaria ha in

1 R. BALDUZZI, *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna 2009, p. 11.

2 Per un'ampia trattazione del rapporto tra principi costituzionali e assistenza sanitari si veda C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano 1991, p. 6 ss.

sé tutte le caratteristiche proprie del servizio pubblico, l'elaborato si propone innanzitutto di riportare le varie definizioni di servizio pubblico così come si sono succedute nella normativa e nella giurisprudenza. Tuttavia, nel tentativo di scrivere in modo compiuto una definizione di servizio pubblico, ci si accorge di quanto sia difficile trovare nella normativa una definizione chiara, univoca e completa.

Oggi si ritiene che, genericamente, il riferimento alla nozione di servizio pubblico rimandi ad un'attività realizzata da un soggetto o da un gruppo di soggetti in vista di un interesse collettivo. Ma se, sotto il profilo dei soggetti, è pacifico ritenere che tale attività possa essere svolta sia dal pubblico che dal privato, il dibattito sorge piuttosto a livello di contenuti: la definizione dell'oggetto che costituisce servizio pubblico.

Resta fermo che il servizio pubblico è quanto mai necessario soprattutto in un modello di organizzazione dello Stato dove i pubblici poteri sono tenuti ad assicurare tutte quelle prestazioni ritenute essenziali e irrinunciabili dalla collettività e sono tenuti a fare ciò garantendo ai cittadini utenti un accesso universale. Tali prestazioni sono più che mai indispensabili nell'ambito del settore sanitario che costituisce, senza dubbio, uno dei più importanti – se non il più importante – settore della vita singola e associata.

È interessante notare come il tema dei servizi pubblici si ponga come punto di convergenza di diverse problematiche di diritto amministrativo. D'altro canto, proprio l'attività di prestazione dei servizi pubblici da parte pubblici poteri rientra nella categoria dei tradizionali provvedimenti amministrativi.

Il riferimento va, innanzitutto, all'elemento organizzativo, posto che la pubblica amministrazione debba fornire le strutture necessarie e le modalità idonee all'erogazione del servizio pubblico.

In secondo luogo, la posizione giuridica che assumono i cittadini utenti nei confronti della pubblica amministrazione e il rapporto tra pubblico e privato con riguardo alla gestione e all'organizzazione del servizio.

Non si può non considerare, inoltre, il fattore economico, considerando che la scelta delle attività da considerare rientranti nella categoria di servizio pubblico

dipende dalle risorse economiche disponibili.

Obbiettivo del presente elaborato è di ricostruire, in un quadro il più possibile chiaro, la complessità e vastità del sistema sanitario. A tale scopo si è riportata l'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia sanitaria, dai primissimi momenti di riforma in ambito ospedaliero alla trasformazione dello Stato in senso federalista, attuata con legge costituzionale.

D'altro canto, non è possibile considerare separatamente la riforma dello Stato da quella sanitaria, in quanto è proprio in materia sanitaria che si assiste a una vera e propria trasformazione della Repubblica, che da una funzione preminente di organizzatore e gestore dei servizi – così come previsto dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale e nei successivi momenti di riforma - si muta via via in quella di garante dell'equità in un modello federalistico – nelle modifiche apportate dalla normativa degli anni Novanta fino agli inizi del secondo millennio - in attuazione del diritto alla salute così come sancito dall'art. 32 della Costituzione, del principio di uguaglianza all'art. 3 del medesimo testo costituzionale, nonché del principio di solidarietà politica, economica e sociale sancito dall'art. 2.

CAPITOLO 1

LA NOZIONE DI SERVIZIO PUBBLICO

1.1. La mancanza di una definizione legislativa

Nella ricerca di norme che potessero aiutare nella definizione di servizio pubblico, il risultato non è stato molto esauriente. Le norme che trattano di pubblici servizi, infatti, evitano di chiarirne gli elementi specifici limitandosi piuttosto ad elencare quei servizi esercitati da privati o dal pubblico, nell'interesse della collettività e nel rispetto dei diritti fondamentali.

Il riferimento va, innanzitutto, alla l. 12 giugno 1990, n. 146 modificata dalla l. 11 aprile 2000, n. 83 “Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati”. L'art. 1 di tale legge considera servizi pubblici essenziali quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona sanciti in Costituzione. Tale norma, tuttavia, non ci offre chiarimenti circa gli elementi propri e specifici del servizio pubblico. Precetto della norma, infatti, è quello di regolare il rapporto tra il diritto di sciopero e il godimento dei diritti fondamentali in modo tale che sia assicurata l'erogazione delle prestazioni essenziali quali, tra le altre, la sanità e l'igiene pubblica.

Vistosa eccezione è data dal diritto penale. Come disciplina l'art. 358 cod. pen., agli effetti della medesima legge, per pubblico servizio deve intendersi *“un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale³”*. Al fine di una ricostruzione della nozione di servizio pubblico tale norma risulta essere molto utile, sebbene manchi di indicarne il contenuto e proprio in ciò sta il suo limite.

Vi sono poi norme che fanno sì riferimento ai servizi pubblici, ma che non ne indicano nello specifico il tipo di attività. Il riferimento va all'art. 826, comma 3,

3 Articolo così sostituito dalla L. 26 aprile 1990, n. 86.

cod. civ., che fa discendere dalla destinazione a servizio pubblico l'appartenenza di un bene al patrimonio indisponibile.

In ultimo va citato l'art. 33 del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 80 "Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'articolo 11, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59", sostituito dall'art. 7 della l. 21 luglio 2000, n. 205 "Disposizioni in materia di giustizia amministrativa", che devolve alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo tutte le controversie in materia di pubblici servizi. Tale norma si basa su una nozione piuttosto ampia di servizio pubblico senza però che lo definisca⁴.

Alla luce di tali norme, è possibile affermare che non esiste una nozione legislativa dell'attività che costituisce servizio pubblico. E' tuttavia possibile delinearne una definizione analizzando, da un lato, l'aspetto organizzativo, dall'altro, il profilo dei destinatari del servizio pubblico.

Si vedono dunque contrapposte due concezioni: l'una soggettiva, che considera la natura pubblica del soggetto che eroga il servizio, l'altra oggettiva, che guarda al fine da raggiungere nonché ai destinatari.

1.2. *La nozione soggettiva di servizio pubblico*

Durante la fase iniziale dell'elaborazione di teorie nell'ambito del diritto amministrativo - fase caratterizzata dall'assunzione da parte degli enti locali della gestione di attività di rilevanza collettiva - il dibattito circa la definizione di servizio pubblico trova gran parte della dottrina concorde nell'approccio alla

4 L'art. 33, devolve alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo "le controversie in materia di pubblici servizi relative a concessioni di pubblici servizi, escluse quelle concernenti indennità, canoni ed altri corrispettivi, ovvero relative a provvedimenti adottati dalla pubblica amministrazione o dal gestore di un pubblico servizio in un procedimento amministrativo disciplinato dalla l. 241/1990, ovvero ancora relative all'affidamento di un pubblico servizio, ed alla vigilanza e controllo nei confronti del gestore, nonché afferenti alla vigilanza sul credito, sulle assicurazioni e sul mercato mobiliare, al servizio farmaceutico, ai trasporti, alle telecomunicazioni e ai servizi di cui alla legge 481/1985".

nozione soggettiva⁵.

Secondo tale concezione, la definizione di servizio pubblico rimanda alla decisione di un soggetto pubblico di assumere nella propria sfera di competenza una determinata attività in quanto considerata di rilevanza collettiva. Essa si fonda sul profilo soggettivo dell'imputazione a un potere pubblico⁶, considerando quale elemento essenziale della nozione l'assunzione e la gestione da parte del pubblico potere dell'attività considerata di interesse collettivo.

Tale dottrina si trova in perfetta continuità con le concezioni risalenti alle origini del diritto amministrativo italiano⁷ che individuò il carattere determinante nelle finalità sociali direttamente perseguite dallo Stato. Come mostra chiaramente De Gaspare, proprio la l. 29 marzo 1903, n.103 sulla municipalizzazione è in grado di far comprendere quale fosse il significato iniziale della nozione di servizio pubblico all'interno dello Stato liberale che qualificava *“come di interesse pubblico solo quell'attività economica (di produzione di beni e servizi) destinata alla fruizione collettiva (da parte cioè di tutti i membri della collettività)”*⁸. Tale concezione, che rimanda all'interesse generale, può essere considerata, dunque, un limite all'introduzione nelle attività di servizio pubblico di *“finalità sociali”* che non abbiano portata generale.

Come è stato magistralmente illustrato dal Professor Caia: *“La rilevanza del soggetto pubblico si spiega attraverso il dato finalistico che caratterizza i servizi nel diritto amministrativo, con l'inquadramento degli stessi nell'ambito dei compiti dell'amministrazione pubblica”*⁹. Il rimando va a quelle finalità

5 G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI (a cura di), *Diritto amministrativo*, Bologna 1998

6 F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Nuov. Dig.*, XVII, 1970, p.218 ss

7 Il riferimento va al fenomeno della c. d. *municipalizzazione*, ossia della gestione da parte degli enti locali della gestione di determinate attività di interesse collettivo (L. n. 103/1903 e T.U. n. 2576/1925) e nella successiva assunzione da parte dello Stato di servizi pubblici a carattere nazionale (poste, ferrovie, energia, telefonia)

8 G. DE GASPARE, *Servizi pubblici locali in trasformazione*, Padova 2010, p. 5 ss

9 G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in L. MAZZAROLLI (a cura di), *Diritto amministrativo*, Bologna 1998, p. 927 L'autore, facendo una ricostruzione della nozione di Servizio pubblico in senso soggettivo, afferma che:

“La nozione soggettiva del servizio pubblico deriva dalla sua destinazione alla collettività globalmente stanziata su un certo territorio. Poiché tale destinazione al pubblico trova la propria matrice, non già nella di interessi privati o particolaristici, ma nell'intento di soddisfare esigenze di ordine collettivo, non si può prescindere dal ritenere centrale la pertinenza del servizio dell'amministrazione pubblica; tale pertinenza emerge dalla disciplina legislativa dettata per i vari servizi. Se la realtà dinamica della prestazione del servizio e l'elemento teleologico, il quale contraddistingue i servizi pubblici, sono dati che pongono al centro dell'attenzione il momento

raggiunte attraverso attività non autoritative ma che, comunque, si caratterizzano in senso pubblicistico in quanto direttamente collegabili all'ente pubblico¹⁰. In questo senso il noto Giannini ha scritto che: *“La nozione di servizio pubblico in senso soggettivo può rendersi con quella di attività non autoritativa assunta da un pubblico potere”*¹¹.

La locuzione “attività non autoritativa” rimanda a una concezione di servizio pubblico che ruota attorno all'idea di uno Stato che cura in modo concreto, cioè amministra, gli interessi della collettività senza fare uso dei poteri che gli permettono di comprimere o limitare la sfera di libertà dei cittadini¹².

Il sunto della concezione soggettiva si ritrova negli antichi scritti dell'illustre Cattaneo secondo il quale: *“tutto il concetto di pubblico in riferimento alle persone giuridiche pubbliche, alla loro attività, alla loro organizzazione ecc., allo stesso diritto che le regola, cioè il diritto pubblico, si appunta e concentra nello Stato; è pubblico tutto ciò che direttamente o indirettamente è di Stato. Lo Stato è la sintesi della cosa pubblica; non vi è cosa pubblica, se lo Stato non la consideri tale”*¹³.

Il Servizio pubblico è, dunque, quell'attività che il soggetto pubblico assume come propria nell'ambito dei suoi fini istituzionali attraverso l'esercizio dei poteri di cui è titolare, poiché tale attività è collegata alle esigenze di benessere e di sviluppo economico e sociale della società¹⁴.

Si può dedurre che alla base della nozione soggettiva di servizio pubblico ci sia la convinzione che, sino al momento in cui un soggetto pubblico non assuma l'attività e non la qualifichi come servizio pubblico, si tratti pur sempre di un'attività privata non rientrante nei canoni indicati dalla dottrina soggettivistica¹⁵. Tuttavia, nonostante la consapevolezza della grande diversità di

soggettivo, quest'ultimo non può essere schematicamente inteso come implicante la natura pubblicistica del soggetto che esplita il servizio. Sulla base di tali premesse, la giusta considerazione per il momento soggettivo si spiega invece con il dato finalistico che caratterizza i servizi pubblici nel diritto amministrativo, cioè l'inquadramento dell'organizzazione degli stessi nell'ambito dei compiti della pubblica amministrazione”

10 O. CIRIELLO, voce *Servizi pubblici*, in *Enciclopedia giuridica*, vol. XXVIII

11 M.S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, Milano, 1993, vol. II, p. 24

12 S. CATTANEO, *Servizi pubblici*, in *Enc. Dir.*, vol. XLII, Milano 1990, p.371 ss.

13 O. RANELLETTI, *Il concetto di pubblico nel diritto*, in *Riv. it. sc. Giur.*, 1905, p. 350 ss.

14 G. CAIA, ultima opera citata

15 A. DE VALLES, *I servizi pubblici*, in *Primo trattato completo del diritto amministrativo italiano*, vol. IV, I, Milano, 1924, p. 6 ss.

figure riconducibili alla nozione di servizio pubblico, tale dottrina ricerca nel duplice parametro della gestione del servizio da parte di un soggetto pubblico e della destinazione delle relative prestazioni agli utenti, il modello per la costruzione di una nozione il più possibile unitaria che non dipenda più solo dalla natura del soggetto ma anche dalle finalità prefissate¹⁶. In questo senso l'elemento pubblicistico si identifica nella destinazione del servizio, caratterizzato dalla obbligatorietà a provvedere alla cura degli interessi della collettività¹⁷.

In questo modo la fattispecie del servizio pubblico risulta composta da due elementi: la titolarità pubblica dell'attività e la sua funzione di cura degli interessi collettivi che viene inquadrata nell'ambito dei compiti propri dell'amministrazione pubblica¹⁸. Questa ultima affermazione potrebbe far pensare a una visione parzialmente oggettiva ma, non si deve dimenticare - come ribadiva l'illustre De Valles - che l'imputazione all'esclusiva competenza dello Stato resta elemento irrinunciabile “ *finché lo Stato non assuma questa attività e la riconosca come pubblica (...) si tratta di attività che per quanto molteplici siano gli interessi che vi si collegano, per quanto possa anche, in vista dei rapporti fra chi la svolge e chi se ne serve, essere sottoposta a norme speciali in modo più intenso del consueto garantiscono gli interessi del pubblico, rimane sempre privata*”¹⁹.

Su questa scia De Valles giunge a definire impropri quei servizi svolti da soggetti privati che abbiano lo stesso contenuto di quelli pubblici. Infatti, nella sua impostazione originaria, la nozione soggettiva di servizio pubblico si conformava all'idea dello Stato liberale, risolvendo quella “ *profonda contraddizione che si manifesta nella proclamazione teorica del principio del non intervento e nella contestuale attenzione, invece, del rilevante ruolo dello Stato nel settore dell'economia*”²⁰.

16 La distinzione tra prestazioni rese *uti singuli* o *uti universi* risale a S. ROMANO, *Principi di diritto amministrativo*, Milano 1912, p. 357 ss.

17 L. DE LUCIA, *La regolazione amministrativa dei servizi di pubblica utilità*, Torino 2002, p. 17 ss.

18 A. DE VALLES, ultima opera citata

19 A. DE VALLES, ultima opera citata

20 M. A. STEFANELLI, *La tutela dell'utente di servizi pubblici essenziali*, in *Studi in onore di Feliciano Benvenuti*, ed. Mucchi, Modena, 1996, p. 1577 ss.

A livello teorico si pone tuttavia l'esigenza di giustificare l'intervento dei privati nelle attività di gestione. A tale scopo viene enfatizzata la titolarità del servizio, riservata all'amministrazione pubblica, distinguendola dalla gestione del servizio. Distinta la titolarità dalla gestione, la teoria soggettivistica della nozione di servizio pubblico, viene a coincidere con la titolarità quale unico elemento qualificante il servizio pubblico, deducendone che sia il soggetto pubblico l'unico a stabilire se una determinata prestazione debba essere offerta alla collettività e se tale prestazione richieda la predisposizione di servizi di interesse pubblico atti a soddisfarla.

Ciò è stato spiegato magistralmente da De Falco il quale ha scritto: *“Dopo un primo momento, caratterizzato dalla compresenza di titolarità e gestione, la teoria soggettiva identifica dunque nella titolarità l'elemento caratterizzante il servizio pubblico. Solo un soggetto pubblico può stabilire che una determinata prestazione debba essere offerta alla collettività con il potere di stabilire le modalità di erogazione, di fissare le tariffe, di delineare il programma di erogazione, di revocare l'eventuale concessione”*²¹.

Inoltre il soggetto pubblico viene considerato l'unico titolare del potere di stabilire modalità di erogazione, di revoca dell'eventuale concessione, ecc.

E' importante sottolineare che nella prospettiva soggettivistica del servizio pubblico non rientri affatto l'idea che esso debba essere gestito in modo diretto e in via esclusiva dalla pubblica amministrazione. Infatti l'affidamento del servizio pubblico a un privato è vicenda che non mette in crisi, anzi è perfettamente compatibile con la nozione soggettiva²².

Quel che conta è l'imputabilità, all'organizzazione pubblica complessiva, della titolarità del servizio e non certo la sua gestione²³. Infatti non si ha servizio pubblico senza imputazione alla pubblica amministrazione, anche nel caso in cui l'attività concretamente svolta sia nelle mani di un privato che l'abbia avuta in concessione.

Oggi il carattere della titolarità appare in contrasto con i principi

21 DE FALCO, *Il servizio pubblico tra ordinamento comunitario e diritti interni*, Padova 2003, p. 37 ss.

22 Per una trattazione completa in rimando va a R. GAROFOLI, *Le privatizzazioni degli enti dell'economia*, Milano 1998, p. 404

23 E. SCOTTI, *Il pubblico servizio*, Padova 2003, p.49 ss.

dell'ordinamento comunitario. Infatti molti servizi sono erogati da imprese private in un mercato di libera concorrenza e il controllo da parte del potere pubblico è ridotto. Tuttavia non è certo possibile considerare tali elementi risolutivi a tal punto da indurre ad abbandonare definitivamente la rilevanza dell'elemento soggettivo per sostenere, al contrario, l'affermazione della teoria oggettiva.

Concludendo, i teorici della nozione soggettiva di servizio pubblico basano la propria concezione su tre elementi strettamente collegabili tra loro: l'imputabilità o titolarità del servizio all'amministrazione pubblica che ha istituito il servizio o alla quale lo stesso è stato assegnato per legge; le finalità collettive a cui il servizio risponde e la presenza di un determinato tipo di organizzazione del servizio volta ad assicurare specifiche modalità di gestione.

Il servizio pubblico viene, in definitiva, fatto coincidere con quell'attività che l'ente assume e considera di propria competenza nell'ambito dei propri compiti istituzionali e che può essere rivolta, in un momento successivo, a un soggetto terzo sulla base di un preciso titolo giuridico conferito da parte dell'amministrazione pubblica.

Tuttavia la concezione soggettiva si è rivelata insoddisfacente in quanto, da un lato, alcune attività d'impresa che l'amministrazione pubblica pone in essere nei settori più vari, non hanno alcuna connessione con le finalità proprie del servizio pubblico, dall'altro, attività che hanno le caratteristiche del servizio pubblico, sono sempre più spesso gestite dai privati.

Appare dunque necessaria una diversa concezione della nozione di servizio pubblico, in senso diciamo oggettivo, che consideri le attività economiche prescindendo dall'imputazione soggettiva ai pubblici poteri.

1.3. La nozione oggettiva di servizio pubblico

Il momento di passaggio a una nuova concezione di servizio pubblico, si ha con l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana che ha segnato il progressivo

superamento della concezione soggettiva in favore di una concezione oggettiva, oggi abbracciata dalla gran parte della dottrina.

Come illustra chiaramente in un dei suoi scritti Cabiddu, tale nozione cerca di prescindere dall'imputazione al soggetto al quale istituzionalmente è collegata, cercando piuttosto di qualificare l'attività in base alla sua rispondenza alla pubblica utilità, in modo da far assumere un'autonoma rilevanza giuridica all'attività alla base del servizio pubblico sottraendo qualsiasi attenzione all'assunzione da parte del soggetto pubblico²⁴.

La dottrina che si basa sulla concezione oggettiva, trae numerose argomentazioni dalle previsioni costituzionali, soprattutto nella parte relativa ai rapporti economici. Secondo questa prospettiva l'ambito del “*servizio pubblico dipende dalla scelta del legislatore. In altri termini, il servizio pubblico è l'attività che il legislatore disciplina come tale per orientarla a fini sociali*”²⁵.

È grazie agli studi di Pototschnig che la nozione soggettiva di servizio pubblico è stata definitivamente superata in favore della concezione oggettiva.

Infatti l'autore ha fatto derivare il carattere pubblico del servizio dalla natura dell'attività e dalla sua capacità di soddisfare un interesse collettivo secondo uno schema previsto dall'art. 41, comma 3, della Costituzione che definisce l'ambito di applicazione del successivo art. 43 che consente, pur non esigendola, la riserva o il trasferimento nel settore pubblico di imprese che si riferiscono a pubblici servizi (essenziali). Potendo tali servizi essere esplicitati da imprese private, la conseguenza diventa il crollo improvviso dalle fondamenta della concezione nominalistica tradizionale²⁶.

24 M. A. CABIDDU, *Pubblicità come attributo del servizio e non del soggetto gestore: i servizi essenziali ex art. 43 Costituzione e i servizi corrispondenti ai diritti sociali*, in *Jus*, 1999, p. 919 ss.

25 U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, Padova, 1964, p. 179 il quale individua i limiti reali posti alle condizioni di sviluppo della nozione di servizio pubblico nel collegamento artificiale tra servizio pubblico e Stato e nella rigidità dell'applicazione del metodo giuridico incapace di cogliere le potenzialità insite nel servizio pubblico.

26 U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, cit. p. 155 l'autore sottolinea “*come il nuovo ordinamento costituzionale abbia tolto ogni validità alla teoria nominalistica del servizio pubblico*” in quanto “*a caratterizzare il regime giuridico dell'attività economica che realizza un servizio pubblico interviene un corpus di disciplina comune, quella di cui all'art. 41, 3 comma, qualunque sia il soggetto (privato o pubblico) che l'esercita*”. Tale concezione sembra oggi confermata, alla luce della successiva normativa in materia, da A. PAJNO, *Servizi pubblici e tutela giurisdizionale*, in *Servizi pubblici locali e nuove forme di amministrazione, atti del XLI convegno di studi di scienza dell'amministrazione promosso dalla Amministrazione provinciale di Como, Varenna, Villa Monastero, 21-23 settembre 1995*.

La principale norma di riferimento è l'art. 43 della Costituzione, da cui sarebbe possibile desumere che i servizi pubblici sono tali anche prima della riserva e del trasferimento dell'impresa in mano pubblica. La norma citata, infatti, afferma che anche determinate imprese o categorie di imprese, che si riferiscono a servizi pubblici essenziali, possono essere oggetto di riserva o di trasferimento ai fini dell'utilità generale. Da ciò si può dedurre che viene ammessa l'esistenza di servizi pubblici esercitati da imprese private senza che ci sia stato alcun conferimento da parte dell'amministrazione pubblica, nei casi previsti dall'art. 41, comma 3, della Costituzione.

La critica di Pototschnig muove anche dal riconoscimento di un reale limite nel collegamento tra servizio pubblico e Stato, e nella rigidità applicativa della giurisprudenza incapace di sfruttare le potenzialità insite nel servizio pubblico. Da ciò se ne deduce che il servizio pubblico può essere imputato anche a imprese private senza che ciò risulti in contrasto con le previsioni normative. Proprio l'attività sottomessa ai programmi e ai controlli opportuni per fini di utilità sociale, andrebbe quindi qualificata come servizio pubblico.

Tratto peculiare della nozione in esame è la *“inabdicabile sottoposizione al canone dell'imparzialità del soggetto preposto alla gestione dell'attività”²⁷*. Un'attività economica sottoposta a programmi e controlli determinati dalla legge per indirizzarla e coordinarla verso fini sociali, attività che *“rappresenta senza dubbio anche per l'ordinamento, proprio in ragione della completezza degli elementi che lo definiscono, un momento autonomo e distinto da ogni altro nel costituirsi dell'organizzazione politica economica e sociale del paese”²⁸*.

Ne consegue una definizione piuttosto ampia di servizio pubblico, tanto che in dottrina si è cercato di circoscrivere le attività intese come servizi pubblici aggiungendo tratti caratteristici che le differenziassero da quelle attività economiche sottoposte a controlli e programmi in vista del perseguimento di un interesse generale.

Contrariamente a quanto si è fin'ora sostenuto, c'è chi²⁹ ritiene che l'art. 41 della

27 U. POTOTSCHNIG, ult. op. cit.

28 U. POTOTSCHNIG, ult. op. cit.

29 S. NICODEMO, *I diritti degli utenti alla fruizione di prestazioni essenziali*, in *Corte Costituzionale e diritti fondamentali*, L. CALIFANO (a cura di), Torino 2004, p. 213 ss.

Costituzione non sia in continuità con l'art. 43 dello stesso testo costituzionale, ma addirittura in contrapposizione.

Viene infatti inteso in due differenti modi lo sviluppo della nozione di servizio pubblico. In particolare tale filone di pensiero sostiene che il passaggio da un sistema di gestione dei pubblici servizi, regolato sul modello di cui all'art. 43 della Costituzione - dove l'interesse pubblico viene realizzato attraverso la creazione di un monopolio con lo scopo di garantire uniformità e continuità nell'erogazione e in adesione ai bisogni della collettività - a un sistema di gestione basato sull'art. 41 della Costituzione - dove viene previsto un mercato concorrenziale - ponga tutta una serie di problemi per assicurare la tutela delle pretese giuridiche dei cittadini utenti del servizio pubblico.

Infatti la previsione di una fruizione di prestazioni essenziali a livello qualitativamente e quantitativamente predeterminati, in condizioni di parità e continuità, è dato che rimanda alla concezione di un servizio pubblico universale con cui si intende comprendere *“un insieme minimo definito di servizi di determinata qualità disponibile a tutti gli utenti a prescindere dalla loro ubicazione geografica, tenuto conto delle condizioni nazionali specifiche ad un prezzo accessibile³⁰”*.

Dunque il passaggio al mercato concorrenziale, come previsto dall'art. 41 della Costituzione, modifica il rapporto tra domanda e offerta all'interno del servizio pubblico. I cittadini utenti diventano titolari di diritti nel mercato dei servizi pubblici, diritti che modificano la gestione e l'organizzazione del servizio pubblico. Si assiste a un cambiamento di prospettiva: l'intervento pubblico, garante del servizio universale, viene inteso come strumento di integrazione della concorrenza, quando e nei limiti in cui il modello di mercato concorrenziale esistente non si dimostri sufficiente ad assicurare al cittadino utente, non più cittadino amministrato, la possibilità di accedere ai servizi essenziali.

Nel sentiero che porta alla definizione di servizio pubblico, modellato sulla base all'art. 43 della Costituzione, è indispensabile verificare quale sensibilità abbia manifestato la Corte Costituzionale. Innanzitutto va citata la sentenza n.233 del

30 S. NICODEMO, ult. op. cit.

1982 nella quale la Corte afferma che la dimensione sociale è insita nel modello concorrenziale, sebbene ciò non possa condurre alla negazione di tale modello. In una successiva sentenza³¹, la Corte ha affermato che “ (...) *l'art. 43 Costituzione, ha istituito uno stretto collegamento tra la nozione di servizio pubblico essenziale e la nozione di impresa. Se ne deduce che tutti i servizi pubblici essenziali devono essere organizzati e gestiti in forma di impresa (...) ossia con criteri di economicità, i quali comportano la conformazione dei rapporti con gli utenti come rapporti contrattuali, fondamentalmente soggetti al regime del diritto privato*”. La Corte conclude affermando che per la gestione di un servizio pubblico è sicuramente compatibile un modello di natura imprenditoriale, dove il carattere autoritativo del rapporto con l'utente è definitivamente venuto meno. Inoltre, quando un operatore economico si trovi in una posizione dominante come monopolista, il secondo comma dell'art. 41 della Costituzione è “*norma di copertura costituzionale*³²”, tutelando l'utente nel caso in cui si prospetti un abuso di potere da parte del soggetto monopolista.

In definitiva, in caso di passaggio dall'offerta del servizio pubblico in regime di monopolio, a un'offerta dello stesso ma in regime di libera concorrenza, la Corte costituzionale ritiene legittimi i correttivi legislativi al fine di garantire che nessuno possa assumere una posizione dominante nel rispetto dell'art. 3 della Costituzione, parametro di legittimità costituzionale. I correttivi devono essere caratterizzati in termini di ragionevolezza anche sotto il profilo temporale “*per permettere il passaggio graduale ed il reinserimento degli enti già esistenti nel mercato*³³”.

Il contributo della Corte costituzionale concorre a creare un quadro di regolamentazione con l'obiettivo di assicurare il servizio pubblico a livello universale, anche nel caso in cui le imprese che erogano tali pubblici servizi si muovano in un regime di concorrenza.

I profili critici emersi hanno condotto alcuni autori a proporre nuove soluzioni: c'è chi³⁴ ritiene che l'attività possa essere fatta coincidere con il servizio pubblico

31 Corte costituzionale sent. n. 303 del 1998

32 Corte costituzionale sent. n. 24 del 1990

33 Corte costituzionale sent. n. 413 del 2002 e n. 422 del 2002

34 F. ZUELLI, *Servizi pubblici e attività imprenditoriale*, Milano 1973, p. 199 ss.

quando, oltre a essere sottoposta a programmi e controlli, sia anche direttamente riferibile allo Stato, in attuazione di un suo fine specifico con riferimento alla locuzione “*fini sociali*” contenuta nel terzo comma dell'art.41 della Costituzione. Si è cercato, inoltre, di individuare il criterio che distingue i servizi pubblici dalle attività imprenditoriali nell'interesse perseguito. Se nei servizi pubblici l'erogazione della prestazione rappresenta l'immediata soddisfazione del fine da raggiungere, così come previsto in capo ad essi, le attività di impresa perseguono sì lo stesso interesse ma in maniera strumentale rispetto al reale interesse economico da curare³⁵.

È proprio all'indeterminatezza della locuzione “*fini sociali*” contenuta nel terzo comma dell'art. 41 della Costituzione, che si fa riferimento quando vengono mosse critiche alla nozione oggettiva di servizio pubblico. La questione della definizione dei fini sociali, infatti, punto centrale della nozione oggettiva di servizio pubblico, ne costituisce anche il punto di maggior limite.

Innanzitutto, identificare i fini sociali così come sopra descritto, è tanto generico da poter ricomprendere all'interno della definizione di servizio pubblico ogni attività economica privata.

In secondo luogo, l'imputazione di tali fini “ *all'organizzazione politica economica del paese che è un'organizzazione di lavoratori, che si costituisce come entità giuridicamente individuata, portatrice di propri interessi e volta al raggiungimento di propri fini*³⁶”, fa in modo che tali fini non solo siano indeterminati, ma tali da far perdere di contenuto la garanzia di libera iniziativa economica privata sancita dal primo comma dell'art.41 della Costituzione.

Infine, detti fini sociali convergono all'interno di un'organizzazione caratterizzata da pluralismo sociale finendo per identificarsi con i fini stessi dell'ordinamento. La società, così come la conosciamo oggi, si articola nelle forme previste dalla Costituzione e si esprime secondo le modalità della rappresentanza politica previste dalla stessa, con la conseguenza di determinare una concordanza con la nozione soggettiva di servizio pubblico secondo la quale per fine sociale si intenderebbe ciò che è determinato dalla legge.

35 I. MARINO, Servizi pubblici e sistema autonomistico, Milano 1987, p. 297 ss.

36 U. POTOTSCHNIG, ult. op. cit.

Di recente si è cercato di superare i limiti che caratterizzano la nozione oggettiva di servizio pubblico così come sopra descritti e, in particolare, l'incapacità della concezione oggettiva di considerare pubblici quei servizi non rientranti nelle previsioni del legislatore.

La soluzione interpretativa si troverebbe nelle previsioni costituzionali di libertà e di diritti sociali. Infatti, la libertà attribuita ai privati con riguardo alla prestazione di attività economiche coincidenti a pubblici servizi, porterebbe a concludere che non sia necessario l'assunzione degli stessi da parte dello Stato o dell'amministrazione pubblica. Di conseguenza apparirebbe superfluo anche parlare di una necessaria interposizione normativa per il riconoscimento di detti diritti, se essi sono già previsti in Costituzione. I fini sociali vengono così a coincidere con la realizzazione delle condizioni necessarie per rendere effettive le libertà e i diritti garantiti nel nostro testo costituzionale.

Si conclude una nuova definizione di servizio pubblico, vale a dire quell'attività economica il cui obiettivo è creare le condizioni affinché le libertà e i diritti dei cittadini utenti diventino effettive.

Se l'elemento di riconoscimento della nozione soggettiva è rappresentato dall'attribuzione al soggetto pubblico della titolarità del servizio - non dalla sua gestione - e se la compresenza di elementi caratterizzanti le concezioni soggettiva e oggettiva non desta sorpresa, occorre tuttavia considerare che la pluralità di disposizioni che oggi fanno riferimento al servizio pubblico conduce inevitabilmente a un'analisi del concetto non tanto dal punto di vista universalistico quanto settoriale e il più specifico possibile.

Da questa considerazione si può dedurre un'ulteriore definizione di servizio pubblico inteso quale attività svolta da qualsivoglia soggetto ma sottoposta a controllo o autorizzazione da parte dell'amministrazione pubblica.

Per individuare le attività riconducibili alla categoria di servizio pubblico innanzitutto viene utilizzato il criterio della rilevanza sociale. Spetta al legislatore individuare quegli esercizi tali da poter essere considerati servizio pubblico in base alla loro rilevanza collettiva. In dottrina sono stati dati indici di riconoscimento circa la pubblicità di un servizio, più precisamente sono stati

indicati tre presupposti: che l'obiettivo dell'attività qualificata servizio pubblico debba consistere in una prestazione; che la gestione del servizio debba essere affidata a un'amministrazione stabile sottoposta a controllo pubblico che sappia offrire un'opportuna erogazione dello stesso e che, infine, l'attività sia indirizzata alla soddisfazione delle richieste degli utenti.

Da questa, seppur breve, trattazione sulla nozione di servizio pubblico, si può concludere che il filo conduttore sia la mutevolezza della definizione.

Eppure, a ben vedere, la nozione di servizio pubblico basata sull'attribuzione del controllo, vigilanza o mera autorizzazione in capo a un'amministrazione pubblica, pare quasi somigliare alla nozione soggettiva quando si sostiene il servizio pubblico come attività che i pubblici poteri possono esplicare sulla base di una previsione legislativa che riconosca la prevalenza degli interessi collettivi e la responsabilità di un servizio a un determinato ramo dello Stato o di enti pubblici.

Volendo trarre una conclusione ancora più generica, si può considerare il servizio pubblico come una relazione tra il soggetto pubblico, o privato, e il cittadino utente. Relazione in cui il primo ha il compito di organizzare una data prestazione pubblica che sia il più possibile accessibile alla maggioranza degli utenti che, dal canto loro diventano titolari di un'aspettativa giuridicamente rilevante.

Usando le parole di Di Gaspare: *“Le due teorie – rimproverandosi giustamente e reciprocamente da un lato la vaghezza della nozione (...) dall'altro la relatività del carattere della essenzialità (...) - hanno finito per lasciare nei cultori della materia, negli studiosi più recenti e soprattutto negli operatori, l'impressione dell'inutilità della nozione (...) un senso comunque di insoddisfazione nei risultati raggiunti e, al fondo, la convinzione che della definizione in termini generali fosse possibile fare a meno, limitandosi ad un approccio pragmatico e puntuale ai singoli servizi pubblici³⁷”*.

Andando oltre la distinzione fra le due concezioni, è dunque possibile delineare una definizione di servizio pubblico, così come emerge dagli studi di Di Gaspare,

37 G. DI GASPARE, *Servizi pubblici locali in trasformazione*, Padova 2010, cit. p. 2-3

riferendosi al servizio pubblico quale attività economica (produzione di beni e servizi) svolta per il soddisfacimento di interessi della collettività con modalità (diritti esclusivi) e finalità diverse (non necessariamente lucrative) da quelle tipiche del mercato.

Nel corso di questa trattazione, parlando di pubblici servizi, si farà riferimento a quelle attività economiche destinate a soddisfare la domanda del pubblico dei cittadini utenti.

1.4. La definizione di servizio pubblico così come emerge dalla giurisprudenza

Sotto il profilo giurisprudenziale, la ricostruzione oggettiva della definizione di servizio pubblico emerge in una importante decisione della Cassazione civile che, in una sentenza del 6 maggio 1995, n. 4989, ha individuato nell'imputabilità ad un ente pubblico il carattere pubblicistico del servizio pubblico.

Tale decisione, per altro, è alla base di una delle interpretazioni dell'art. 33 del d. lgs. 31 marzo 1998, n. 80 “Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'articolo 11, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59”, che considera preminente la natura del soggetto appaltante ai fini della sottoposizione esclusiva al giudice amministrativo delle controversie.

La tesi oggettiva è stata accolta anche dal Consiglio di Stato in un'ordinanza, la n.1 del 2000, quando ha incluso nella nozione di servizio pubblico ogni forma di attività “*finalizzata al perseguimento dell'interesse collettivo*”, lasciando intendere che l'ambito del servizio pubblico finirebbe per coincidere con l'attività svolta da qualsivoglia soggetto purché sottoposta “*a controllo o mera autorizzazione da parte di un'amministrazione pubblica*”³⁸ e ammettendo la compatibilità con il testo costituzionale dell'accesso di delega affrontato

38 Si veda il Parere dell'ad. Gen. n. 30 del 12 marzo 1998.

successivamente dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 292 del 2000.

Tale concezione oggettiva è stata accompagnata da critiche in quanto, considerando rilevante ai fini del servizio pubblico qualsiasi attività “di settore”, avrebbe finito per ricomprendere nella definizione di servizio pubblico ogni attività economica. Per questo motivo tale concezione non convince e risulta essere di scarsa utilità.

Diversa appare l'interpretazione della Corte di Cassazione, con le decisioni n. 71 e n. 72 del 2000, interpretazione che delinea il servizio pubblico in senso oggettivo come servizio reso al pubblico per la soddisfazione di interessi e bisogni della collettività.

A seconda che si segua la posizione della Corte di Cassazione o della Corte Costituzionale si giunge a due differenti conclusioni circa la questione che qui si sta trattando: della nozione oggettiva di servizio pubblico e delle competenze esclusive del giudice amministrativo ai sensi dell'art. 33 d. lgs. 31 marzo 1998, n. 80. Infatti, secondo la ricostruzione che ne fa la Cassazione con la citata sentenza n. 71 del 2000, distinguendo due momenti di esecuzione nel rapporto tra gestore del servizio pubblico e dei suoi fornitori, ha ritenuto che persista la giurisdizione del giudice ordinario in quanto *“le prestazioni rese all'amministrazione sanitaria per consentire ad essa di ottenere i beni utilizzati per gestire il servizio sanitario (...) si collocano a monte di tale servizio e non possono confondersi con le prestazioni del servizio pubblico il quale si caratterizza per il fatto che è erogato al pubblico degli utenti”*.

Secondo quanto pronunciato dal Consiglio di Stato nell'ordinanza n. 1 del 2000, la conclusione è differente. Infatti, se la giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo comprende ogni aspetto riguardante la gestione e l'erogazione del servizio, allora è pacifico ritenere che essa ricomprenda anche i rapporti tra fornitore e gestore per quel che riguarda la gestione del servizio pubblico.

Il dibattito creato attorno all'art. 33 d. lgs. 31 marzo 1998, n. 80, soprattutto a seguito delle pronunce della Corte di Cassazione e del Consiglio di Stato, ha condotto la Corte Costituzionale a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale dell'articolo in questione nella sentenza n. 204 del 2004, determinando un

notevole ridimensionamento dell'ambito di applicazione. Tale pronuncia della Corte si è conclusa con la dichiarazione di parziale incostituzionalità dell'art. 33, comma 1, nella parte in cui prevede che siano devolute al giudice amministrativo *“tutte le controversie in materia di pubblici servizi”* anziché quelle rientranti in determinate categorie caratterizzate dall'esercizio dei poteri autoritativi.

La nozione di servizio pubblico che si ricava dalle motivazioni della Corte Costituzionale nella sentenza n. 204 del 2004, è confermata dalla successiva sentenza n. 281 dello stesso anno dalla quale è ricavabile una nozione di servizio pubblico connessa all'esercizio di poteri autoritativi da parte dell'amministrazione abbandonando dunque la concezione di pubblico servizio come mare magnum di qualsivoglia controversia in cui sia coinvolta l'attività della pubblica amministrazione, in favore di una nozione funzionale di servizio pubblico da ricostruire di volta in volta attraverso la verifica puntuale dei poteri autoritativi.

CAPITOLO 2

LA SANITA' COME SERVIZIO PUBBLICO

2.1. Il servizio pubblico della sanità

Nel nostro ordinamento il servizio di assistenza sanitaria ha in sé tutte le caratteristiche proprie del servizio pubblico, essendo un'attività istituzionalmente connessa alla cura di un interesse pubblico ed esercitata direttamente dall'amministrazione o tramite soggetti privati convenzionati.

Si può affermare che nel servizio sanitario concorrano tutti gli elementi che fanno di un'attività un servizio pubblico.

Un primo elemento è, senza dubbio, l'erogazione delle prestazioni per il tramite dell'amministrazione pubblica, alla quale la stessa è stata assegnata dal legislatore con la l. 23 dicembre 1978, n. 833 “Istitutiva del servizio sanitario nazionale”. Secondo, gli obiettivi di interesse collettivo ai quali il servizio sanitario risponde e, da ultimo, la presenza di un determinato tipo di organizzazione preposta dal legislatore e mirata ad assicurare specifiche modalità di gestione.

Essendo dunque possibile classificare il servizio sanitario come servizio pubblico³⁹, ad esso fanno seguito tutta una serie di conseguenze giuridicamente rilevanti e operative che è quanto mai opportuno riportare per meglio comprendere l'importanza della materia in esame.

Innanzitutto, il servizio sanitario deve essere erogato in via continuativa, rivolto universalmente a chiunque vi possa accedere, senza alcuna discriminazione e posto in essere secondo parametri di qualità e trasparenza.

In secondo luogo, ogni soggetto gestore deve dotarsi di una “carta dei servizi” dove vengono specificate le modalità di erogazione del servizio e disciplinato il sistema di tutela dei cittadini utenti.

In terzo luogo, chi opera nell'ambito del servizio sanitario nazionale è gestore di

³⁹ Riferimenti normativi a conferma di tale affermazione: art. 1 L. n. 146/1990 riguardante la regolamentazione dello sciopero nei servizi pubblici essenziali e dagli art. 33 ss del D. lgs. n. 80/1998 riguardo la giurisdizione nelle controversie ad esso relative.

servizio pubblico e anche il soggetto privato che agisce in nome e per conto del servizio sanitario nazionale, a seguito di una convenzione o accordo contrattuale, è da qualificarsi quale concessionario del servizio pubblico e come tale soggetto alle conseguenze che discendono dalla sua posizione all'interno del nostro ordinamento.

In quarto luogo, va rilevato che le controversie relative alle attività e prestazioni di ogni genere, anche di natura patrimoniale, rese nell'ambito del servizio sanitario nazionale, sono devolute alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo⁴⁰.

Infine, gli operatori del servizio sanitario pubblico, quali pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio, possono incorrere nelle fattispecie delittuose disciplinate dal codice penale⁴¹.

La prestazione di un servizio pubblico è caratterizzata dalla inevitabile interconnessione tra le modalità di erogazione del servizio e i suoi profili organizzatori. Il servizio pubblico viene quindi definito come attività indirizzata al conseguimento di interessi collettivi; attività istituita e organizzata secondo modelli normativi nel presupposto che tali modelli assicurino l'effettivo conseguimento degli obiettivi a cui è rivolta l'istituzione del servizio.

In altri termini sussiste un nesso di strumentalità tra la predisposizione del servizio pubblico, l'organizzazione dello stesso e i fini posti a suo fondamento.

Anche nel servizio pubblico sanitario, la cui assunzione e gestione rappresentano l'adempimento del dovere costituzionale previsto dall'art. 32 della Costituzione nonché dal principio di uguaglianza sancito dalla stessa carta costituzionale, esiste una stretta connessione tra il profilo organizzativo e l'erogazione delle prestazioni. Il legislatore ha provveduto a ciò con l'istituzione del servizio sanitario nazionale con la l. 23 dicembre 1978, n. 833 attuativa dei precetti costituzionali.

La correlazione tra organizzazione sanitaria e diritto alla salute è stata

40 Per effetto della riforma contenuta negli artt. 33 ss del decreto legislativo n. 80 del 1998, come sostituiti dall'art. 7 della L. n. 205/2000 ed ora trasfusi nell'art. 133 del d. lgs. 104 del 2010.

41 Così come risulta applicabile alla materia, ad esempio, con particolare riguardo ai privati che intrattengono rapporti di fornitura con il servizio sanitario nazionale, la norma di cui all'art. 340 c. p. sull'interruzione del servizio pubblico.

confermata anche dalla Corte Costituzionale, che ha qualificato il diritto alla salute come “*diritto condizionato dall'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento*”⁴²”.

2.2. I principi costituzionali in materia sanitaria

Per poter dare una corretta ricostruzione del diritto alla salute alla luce della vigente normativa, è indispensabile inquadrare tale diritto in un'ottica costituzionalista, per analizzarlo con diretto riferimento e in stretta correlazione con i principi costituzionali in materia, così come sono stati via via interpretati e applicati dalla dottrina e dalla giurisprudenza.

Il diritto alla salute, come tutela fondamentale dell'individuo e della collettività, viene riconosciuto compiutamente nel nostro ordinamento in sede di approvazione del testo Costituzionale⁴³, ma solo durante gli anni Settanta esso viene considerato nell'accezione attuale e cioè come diritto non solo alle prestazioni e alla cura in caso di infermità ma anche come diritto (assoluto) all'integrità psico fisica della persona⁴⁴.

Durante i primi anni di vita del testo costituzionale e per tutti gli anni Sessanta, come illustra chiaramente Morana: “*(...) la portata innovativa dell'art. 32 incontra un primo ostacolo nella difficoltà ad accettare la configurabilità della salute in termini di diritto individuale (oltre che di interesse della collettività) e*

42 Corte Costituzionale sent. n. 509 del 2000. In modo analogo va ricordata una recente ordinanza emessa dal Tribunale di Venezia, che ha imposto a un' ASL di erogare gratuitamente un farmaco a base di cannabis sebbene questa non sia ancora commercializzata nel nostro Paese. Tale pronuncia del Tribunale si basa sulla considerazione che la tutela della salute possa incontrare dei limiti oggettivi nell'organizzazione dei servizi sanitari, ma che, di fronte a un'esigenza inderogabile che le strutture del SSN non riescono a soddisfare, il diritto fondamentale dell'individuo si pone nella sua assolutezza senza limiti e condizionamenti di sorta.

43 In vigore dal 1° Gennaio 1948.

44 D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: l'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo “trentennio sanitario”*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna 2009, p. 321 ss.

quindi, più in profondità, ad abbandonare il concetto esclusivo di sanità pubblica per affiancare a quest'ultimo quello di salute⁴⁵”.

Infatti, sia nella dottrina che nella giurisprudenza vi era, da un lato, la propensione a considerare in maniera riduttiva la tutela della salute anzi ad appiattirla sulla tradizionale funzione dello Stato in difesa della c. d. “società dei sani”, dall'altro, in un atteggiamento a dir poco scettico, la tentazione a denunciare l'inutilità o addirittura la superfluità dell'art. 32 della Costituzione affermando in alcuni casi che: *“(…) l'assurdità di questa formula, attraverso la quale la Costituzione rivela la (...) modesta pretesa di sovrapporsi alle leggi eterne della natura; absurdità tanto più palese ove si consideri che nella stessa formula sembrano deliberatamente contrapposte due distinte forme di posizione soggettive: quella della collettività, che è soltanto un interesse (e fin qui si può essere d'accordo) e quella dell'individuo, che sarebbe invece addirittura un vero e proprio diritto!⁴⁶”.*

Da tali premesse, il diritto alla salute, così come sancito dall'art. 32 della Costituzione, può dunque essere considerato come fattore altamente significativo di un cambiamento di prospettiva o per meglio dire *“del passaggio, annunciato e in parte consapevolmente progettato, da un modello di Stato a carattere monoclasse ad una forma statale a struttura pluriclasse. Soprattutto una norma quale è quella costituita dall'art. 32 Costituzione (...) evidenzia, a tutto campo, la tensione verso una forma statale fortemente connotata in senso sociale, in sintonia con i più avanzati modelli di Stato sociale di diritto⁴⁷”.*

È possibile affermare che, nel corso degli anni, il nostro sistema normativo si sia spinto anche al di là dei dettati costituzionali. Infatti, rispetto ai principi informativi, si è instaurato un servizio sanitario rivolto a tutta la popolazione, senza distinzioni individuali e sociali, secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini di fronte al servizio, andando così oltre quella dizione costituzionale rimasta per tanti anni ancorata al non soddisfacente sistema

45 D. MORANA, ult. op. cit. p. 322

46 R. LUCIFREDI, *La nuova Costituzione italiana raffrontata con lo Statuto albertino e vista nel primo triennio di sua applicazione*, Milano 1952, p. 275 ss.

47 R. FERRARA, *Principi di diritto sanitario*, Torino 1995, p. 18

previdenziale⁴⁸.

Ulteriore impedimento al riconoscimento dell'innovativo art. 32 della Costituzione si ritrova nella previsione dell'art. 38 del medesimo testo e, in particolare, in quella concezione “assicurativo-corporativa⁴⁹” del diritto alla salute come diritto rivolto ai lavoratori ai quali “*siano preveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria*⁵⁰”.

In questi termini il diritto alla salute viene più che altro considerato come diritto dei lavoratori all'assistenza sanitaria pubblica e la nozione di salute viene a coincidere con quella di assenza di malattia. Come mostra chiaramente Morana: “*Nell'art. 38 Cost., infatti, la malattia è presa in considerazione solo in quanto presupposto per la predisposizione di mezzi adeguati alle esigenze di vita dei lavoratori e non come oggetto immediato di tutela*⁵¹”. L'art. 38 della Costituzione se, da un lato, tende ad oscurare la portata innovativa dell'art. 32 del testo costituzionale - oltre a determinare conseguenze sul riparto di competenze tra gli enti territoriali⁵² -, dall'altro, ha avuto un ruolo molto importante nella tutela della salute dei lavoratori attraverso gli enti mutualistici che certo hanno rappresentato un momento significativo nell'ampliamento della c. d. funzione sanitaria pubblica, non più limitata a interventi circoscritti nei confronti dei singoli ma sempre più estesa a misure curative e preventive.

La norma alla base di questa trattazione, come già citato, è senza dubbio l'art. 32 della Costituzione⁵³ che si muove lungo due matrici fondamentali: che sia compito dello Stato promuovere lo sviluppo della persona umana e che il diritto alla salute sia consacrato non più quale bene unicamente individuale ma quale bene in cui coincidono fini individuali e collettivi⁵⁴.

48 C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano 1991, p. 3

49 L'espressione è di G. AMATO, *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in *Problemi di sicurezza sociale*, 1969, p. 551.

50 Comma II, art. 38 Cost.

51 D. MORANA, ult. op. cit. p. 326

52 Tanto da considerare l'assistenza ospedaliera – ricompresa nell'art. 117 Cost. tra le materie di legislazione concorrente tra Stato e regioni – come assistenza sociale così come prevista dall'art. 38.

53 Art. 32 Costituzione sancisce che: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*”

54 La struttura giuridica del diritto alla salute è estremamente complessa. La locuzione stesa “diritto alla

Tale articolo sancisce il riconoscimento di due elementi essenziali del diritto alla salute.

Innanzitutto, la difesa dell'integrità psico – fisica della persona di fronte alla lesione da parte di soggetti terzi, difesa rispetto alla quale il diritto alla salute si configurerebbe come *“un diritto erga omnes, immediatamente garantito dalla Costituzione, come tale, direttamente tutelabile e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori dei comportamenti illeciti”⁵⁵*.

In secondo luogo, la pretesa a ricevere prestazioni sanitarie da parte dello Stato in termini di *“diritto a trattamenti sanitari”*, diritto che comunque sarebbe soggetto alla *“determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario”⁵⁶*.

La stessa Corte Costituzionale ha definito il diritto alla salute un *“diritto primario e fondamentale”* che impone *“piena ed esaustiva tutela”* esprimendo in questo modo quanto, tale diritto, debba essere considerato un diritto *“forte”* nel senso di un'appropriata tutela e garanzia. A questo proposito è importante citare la sentenza 26 luglio 1979, n. 88 dove la Corte ha dato una delle più significative definizioni di diritto alla salute, collocandolo su un diverso piano rispetto agli altri diritti sociali e qualificandolo come diritto fondamentale della persona umana, cioè *“(…) non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo (…) diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati. Esso è certamente da ricomprendere nelle posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione (…)”*.

In questo senso emerge il carattere programmatico dell'art. 32 della Costituzione quando attribuisce al legislatore, e agli altri pubblici poteri, il compito di realizzare gli interventi indispensabili per l'attuazione e il soddisfacimento del diritto in esso contenuto, e in ciò sta il carattere pubblicistico delle previsioni costituzionali in materia.

salute” racchiude in sé due o più posizioni giuridiche, tutte riconosciute in Costituzione.

⁵⁵ Corte Costituzionale sent. n. 455 del 1990

⁵⁶ C. FLORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova 2002.

2.3. *Prima compiuta riforma in ambito ospedaliero con la l. 12 febbraio 1968, n.132 – legge Mariotti*

Con la l. 12 febbraio 1968, n. 132, la c. d. legge Mariotti, dal nome dell'allora Ministro della Sanità, si assiste ad una vera e propria svolta nell'organizzazione sanitaria e ad una prima compiuta attuazione dei precetti costituzionali.

Proprio dalle note conclusive della Commissione incaricata, emerge l'importanza e l'urgenza di una riforma in campo sanitario. Nei documenti conclusivi, infatti, si afferma che: *“La riforma sanitaria, pur dovendo inquadrarsi nella più vasta riforma sanitaria, ha una sua propria menzione costituzionale che vale a sottolinearne l'urgenza e l'importanza (...) Occorre procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni delle funzioni normative e di controllo (...) Il finanziamento del servizio dovrà essere assicurato con una quota parte del bilancio statale”*.

Nelle intenzioni della Commissione, dunque, il risanamento delle insufficienze del vecchio modello mutualistico e l'ampliamento dell'assistenza sanitaria, tali da rendere universale il diritto alla tutela della salute, sono certamente obiettivi necessari.

Infatti, la situazione dei primi anni Sessanta del secolo scorso mostra un sistema sanitario piuttosto frammentario e disorganico, composto da una molteplicità di soggetti operanti con modalità e motivazioni assai differenziate; un sistema incapace di assicurare parità di trattamento così come previsto dalle leggi costituzionali.

Il problema dell'assistenza sanitaria viene inizialmente considerato nei limiti di un problema assicurativo e la tutela prevista dallo Stato si caratterizza per il suo tratto decisamente assistenziale, sia nella prassi che nelle interpretazioni dottrinali⁵⁷. Per assistenza sanitaria viene intesa non tanto l'erogazione di qualsiasi prestazione diretta a tutelare la salute, piuttosto l'erogazione di servizi

⁵⁷ Per una ricostruzione storico-normativa del problema si veda G. AMATO, *Regioni ed assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in *Probl. Sic. Soc.*, 1969.

volti ad accertare o a curare lo stato di malattia. In questo senso, i cittadini sono ancora destinatari di prestazioni differenziate a seconda dell'ente mutualistico di appartenenza e delle prassi di cura dei diversi soggetti erogatori.

Solo verso la fine degli anni Sessanta, tale modalità assicurativa comincia ad avvertire profonde modificazioni, anche per il crescente interesse, sia della dottrina che della giurisprudenza, per la tutela dei diritti fondamentali di libertà dei cittadini. Avanza l'idea che l'assistenza sanitaria debba essere garantita dall'ordinamento come un vero e proprio diritto dei cittadini alla protezione della salute e non tanto in base al diritto dei lavoratori di avere tutela assicurativo-previdenziale in caso di malattia, nell'ottica di quanto previsto dall'art. 38 della Costituzione⁵⁸.

La riforma ospedaliera, che segue all'approvazione del Piano economico nazionale per il quinquennio 1966 – 1970, mostra chiaramente il passaggio da un'assistenza sanitaria basata sulla carità e sulla beneficenza, a una caratterizzata da assistenza ospedaliera per tutti nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione e verso la più piena realizzazione del modello di Stato sociale.

Tra i principi fondamentali della riforma, in ordine a ciò che si tenta di mostrare in questa sede: del carattere plurale del sistema sanitario, spicca senza dubbio il decentramento dei compiti e delle funzioni alle regioni. Bisogna ricordare, infatti, che l'istituzione delle regioni ordinarie fino a questo momento non è ancora avvenuta, contrariamente a quanto stabilito dalla Costituzione e non è certo un caso che due importanti leggi: di riforma della sanità e di riforma dello Stato, siano state approvate a pochi giorni l'una dall'altra e al termine di iter legislativi molto tormentati. Nel febbraio del 1968 entrano in vigore la legge n.132 *“Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera”* e la legge n. 108 *“Norme per le elezioni dei consigli regionali delle Regioni a statuto ordinario”*.

Per poter raggiungere l'universalità del servizio, l'applicazione dell'originario art. 117 della Costituzione, prevede il decentramento delle competenze e delle responsabilità delle regioni pur lasciando allo Stato le funzioni di coordinamento e di controllo e l'istituzione di un fondo derivante dalla fiscalità generale.

58 G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. Trim. Dir. Pub.*, 1981, p. 771 ss.

Certamente, la riforma del 1968 ha il merito di aver dato una configurazione giuridica uniforme a tutte le istituzioni che, fino ad allora, avevano svolto attività di assistenza ospedaliera.

Con la riforma, infatti, l'ospedale diventa persona giuridica pubblica con la qualifica di Ente ospedaliero e per legge provvede al ricovero ed alla cura degli infermi.

L'individuazione, la costituzione e la riorganizzazione degli enti ospedalieri vengono rimesse alle regioni. Difatti, la realizzazione di un primo decentramento istituzionale è tra gli obiettivi della riforma. Invero, la legge delegava alle regioni la funzione di vigilanza e tutela in materia di assistenza ospedaliera, mentre il Ministero della Sanità continuava a svolgere un ruolo di tutela degli interessi generali dello Stato, garantendo la realizzazione di strutture ospedaliere idonee per tutto il territorio nazionale, sebbene l'auspicata omogeneità dei servizi e degli investimenti non si sia sempre verificata.

Dal momento che, in tale legge, il rimando va alla istituzione degli enti ospedalieri, di fatto la riforma inizia ad avere effetto a partire dal 1972, anno in cui entra in vigore l'ordinamento giuridico delle regioni a statuto ordinario con il D.P.R. del 14 gennaio 1972, n. 4⁵⁹.

La legge Mariotti genera profondi cambiamenti nell'ambito dell'organizzazione delle strutture sanitarie, sebbene ancora non elimini il sistema dualistico composto da ospedali e mutue. È vero che la struttura dei nosocomi viene razionalizzata in modo da conferire loro un impianto più adatto alle esigenze

⁵⁹ Con il D.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4 vennero trasferite alle Regioni, relativamente all'ambito sanitario, le seguenti funzioni amministrative statali:

- Prevenzione, cura, riabilitazione delle malattie e provvidenze economiche connesse, erogate dal Ministero della Sanità;
- Profilassi e assistenza sanitaria nelle scuole e nelle Istituzioni educative e assistenziali;
- Tutela sanitaria nei luoghi di lavoro;
- Tutela sanitaria delle attività sportive;
- Assistenza psichiatrica e interventi di igiene mentale;
- Condotte mediche, servizi di assistenza sanitaria e relativi concorsi;
- Disciplina delle farmacie;
- Assistenza ospedaliera;
- Uffici dei medici e dei veterinari provinciali;
- Uffici sanitari dei Comuni e dei Consorzi comunali;
- Consigli provinciali di sanità;
- Consorzi provinciali antitubercolari;
- Dispensari antivenerei.

esprese dall'utenza e più in linea con il progresso tecnologico-scientifico di interesse medico⁶⁰.

Inoltre, nella definizione dei nuovi modelli organizzativi, la l.12 febbraio 1968, n. 132 stabilisce precisi criteri in ordine alla programmazione ospedaliera, al finanziamento degli enti ospedalieri e dell'ordinamento dei servizi e del personale.

Il sistema sanitario così riformato si muove su due linee: l'assistenza pubblica come garanzia della tutela della salute nei confronti degli indigenti (servizio pubblico) e la previdenza sociale. Il servizio pubblico, garantito dallo Stato, provvede in quel periodo storico all'assistenza dei malati affetti da quelle malattie figlie della guerra e delle conseguenti catastrofi socio-ambientali come malaria, lebbra, poliomielite, tubercolosi e altre consimili.

Concludendo, è possibile affermare che, anche dopo la legge di riforma ospedaliera, il sistema sanitario si caratterizzava per interventi che, di fatto, favorivano applicazioni riduttive rispetto alla portata innovativa dell'impianto giuridico.

2.4. *L'istituzione del servizio sanitario con la legge 23 dicembre 1978, n. 833*

È con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 denominata “Del Servizio sanitario nazionale”, che si pone fine a un modello sanitario disorganico, frammentario e diseguale e si dà attuazione in modo compiuto alle previsioni dell’art. 32 della Costituzione, il cui compimento postula che l’attività volta a soddisfarlo assuma la natura della funzione pubblica finanziata per rispondere ai bisogni dell'universalità dei soggetti.

Dal punto di vista normativo, già prima della pubblicazione in G.U. della legge 833 del 1978, seppur in modo irregolare e piuttosto difficoltoso (non essendo stata emanata una legge quadro di principi), era stata imboccata la strada del

60 D. SNAIDERO, *Il contratto di lavoro in Sanità*, Milano 2005, p. 23 ss.

trasferimento alle regioni delle competenze in materia sanitaria.

Infatti, con D.P.R. del 14 gennaio 1972, n. 4 era stato disposto il trasferimento alle regioni a statuto ordinario di alcune funzioni amministrative in materia di “assistenza sanitaria e ospedaliera”, mentre le competenze rimaste allo Stato erano residuali. Successivamente il decreto legge 8 luglio 1974, n.264 - trasformato in l. 17 agosto 1974, n.386 - conteneva norme di grande importanza quali: le disposizioni per l'estinzione dei debiti delle mutue, l'istituzione del Fondo sanitario per l'assistenza ospedaliera, il trasferimento alle regioni dei compiti di assistenza ospedaliera e lo scioglimento dei consigli d'amministrazione degli enti mutualistici sostituiti da gestioni commissariali. Con la l. 29 giugno 1977, n.349 venivano poi soppressi definitivamente gli enti mutualistici e con il D.P.R. del 24 luglio 1977, n.616 - attuativo della l. 22 luglio 1975, n.382 - si provvedeva alla integrale devoluzione alle regioni delle competenze definite nell'art. 117 della Costituzione.

È pacifico ritenere che il sistema sanitario nazionale rappresenti la struttura cardine dell'attuale sistema di produzione ed erogazione delle cure.

Invero, i primi momenti della riforma ospedaliera avevano mostrato il limite di considerare l'ospedale l'unico strumento idoneo a garantire assistenza sanitaria adeguata⁶¹, mentre i bisogni della nuova società, sempre più attenta e partecipe alle dinamiche collettive, cominciavano a tracciare un percorso sanitario più complesso, attento non più unicamente al momento della cura, ma anche a quello della prevenzione. Inoltre, viene definito con legge un nuovo quadro che dà attuazione al dettato costituzionale con particolare riguardo agli artt. 3, 32 e 38 della Costituzione.

Il Servizio sanitario nazionale viene definito dal legislatore come *“il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle*

61 V. MASTRAGOSTINO, *Servizio Sanitario Nazionale e ordinamento contabile*, Rimini 1982.

*regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini*⁶²”.

Sul piano degli obiettivi, il nuovo sistema sanitario nazionale si prefigge di raggiungere dunque l'universalità, l'uguaglianza e la globalità delle prestazioni. Universalità nel senso di una destinazione effettiva, cioè “a tutta la popolazione” e non a singole categorie di cittadini. Uguaglianza, dunque superamento degli squilibri del paese e da ultimo globalità intesa come il perseguimento di un'elevazione dello stato di benessere complessivo della persona e della collettività⁶³.

La salute tutelata nel relativo diritto, non riguarda soltanto l'assenza di malattie ma è “*uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale*” come disciplina in tal senso la l. 833 del 1978, nel rispetto anche delle previsioni internazionali. E allora diventa rilevante non solo tutta l'attività di prevenzione e quella strettamente necessaria a risolvere tempestivamente situazioni di malattie, ma anche quella, se così possiamo definire, extra sanitaria, diretta al mantenimento di un ambiente di vita e lavorativo salubre e in sicurezza. Infatti, nell'ambito delle sue competenze, il servizio sanitario nazionale persegue il superamento degli squilibri territoriali, la sicurezza sul lavoro, la promozione della salute nell'età evolutiva e la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e rimuovere le condizioni che possano concorrere alla loro emarginazione.

Sul piano economico, l'obiettivo della legge di riforma sanitaria, senza dubbio, si rivolge al contenimento della spesa entro certi limiti ragionevoli in relazione al prodotto nazionale lordo. Tale obiettivo viene perseguito attraverso due punti nodali: un risparmio delle risorse economiche, attraverso l'istituzione di un sistema di finanziamento che coinvolga i cittadini a contribuire ognuno secondo le proprie possibilità e un risparmio delle risorse umane attraverso una migliore utilizzazione del personale sanitario e para sanitario, sia attraverso la qualificazione professionale sia attraverso l'istituto della mobilità, in modo da

62 L. n.833/1978, Titolo I Capo I art.1.

63 Come esemplifica L. VANDELLI in *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Rimini 1984, p.38.

concentrare le risorse laddove se ne presenti effettivamente la necessità.

Sul piano istituzionale, il nuovo servizio sanitario nazionale - definito come *“complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi, delle attività”* destinati alla tutela della salute - coinvolge lo Stato, le regioni e gli enti locali con particolare riguardo ai comuni che esercitano le proprie competenze, in forma singola o associata, tramite le USL (Unità sanitarie locali).

Si può affermare, usando le parole di Cassese, che il servizio sanitario nazionale *“non è una funzione, una struttura o un servizio dello Stato, di una regione o di enti locali; non è neppure un ente pubblico o una persona giuridica; è un'organizzazione complessa cui lo Stato e gli enti territoriali danno vita per garantire alla collettività nazionale il diritto alla salute⁶⁴”*. Un sistema, dunque, che si mostra come un insieme ordinato e potenzialmente autoregolantesi in molti centri che svolgono funzioni integrate nello stesso campo⁶⁵.

In tale complesso unitario emergono due elementi di novità rispetto al tradizionale rapporto Stato - regioni - enti locali: innanzitutto ai tradizionali rapporti Stato-enti locali si aggiunge la regione quale mediatrice, infatti lo Stato dirige e coordina le regioni che a loro volta dirigono e coordinano le Usl e quindi i comuni. Inoltre si caratterizza per l'assenza di una reale separazione di competenze amministrative, sostituita da una divisione funzionale dei compiti tra i vari livelli in vista di un risultato unitario⁶⁶.

Tale organizzazione si basa una serie di disposizioni della l. 833 del 1978 a partire dall'art. 3⁶⁷ che riprende, conformandola al settore sanitario, la formula contenuta nell'art. 11 del D.P.R. n. 616 del 1977 secondo cui *“lo Stato determina gli obiettivi della programmazione economica nazionale con il concorso delle regioni”*. Tale articolo ha portato a un nuovo assetto istituzionale nei rapporti Stato-regioni e, al di là della mancata attuazione dei suoi precisi contenuti⁶⁸, ha

64 S. CASSESE, *Il sistema amministrativo italiano*, Bologna 1983, p.111

65 Come emerge da una ricerca condotta nel 1982 per conto del centro studi del Ministero della Sanità, A.R.P.A.

66 G.U. RESCIGNO, L. GUERRA, M.A. RIZZO, *Il governo del servizio sanitario nazionale*, ricerca condotta per conto del centro studi del ministero della sanità, A.R.P.A., Modena 1982, p.11 e 18 segg.

67 L.833/1978, art. 3, I comma *“Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale”*.

68 A. BARBERA, F. BASSANINI, *I nuovi poteri delle regioni e degli enti locali. Commentario al decreto 616 di attuazione delle legge 382*, Bologna 1978.

sancito, nel nostro ordinamento, una concezione di tipo “relazionale” dell'autonomia regionale e locale, conformandola in funzione della necessità di coordinamento degli obiettivi prefissati.

Tramite gli apparati del servizio sanitario nazionale, in una logica di competenze amministrative differenziate (Stato, regioni, comuni e comunità montane), a livello locale tali obiettivi vengono perseguiti dalle Unità sanitarie locali considerate strutture operative dell'autonomia locale – non riconoscendo pertanto ad esse la personalità dell'ente pubblico – e definite come *“il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni singoli o associati, e delle comunità montane, i quali in un ambito territorialmente determinato assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale, indicati dalla legge stessa⁶⁹”*.

Nell'intenzione del legislatore si prevede una struttura autosufficiente che, oltre a essere il più possibile vicina al cittadino, è in grado di rispondere nella gran parte dei casi a tutti i bisogni di salute.

L'ambito territoriale delle USL, delimitato con legge regionale, mostra i primi esempi di regionalizzazione poiché, in attuazione dell'ancora non riformato art. 117 della Costituzione, alle regioni era attribuito il compito di dettare norme in materia di organizzazione, gestione e funzionamento delle USL, rinviando agli indirizzi del Piano sanitario nazionale per i criteri da seguire in relazione ai servizi fondamentali previsti dalla legge stessa.

Una concezione che implica un cambiamento dei modi di assunzione delle decisioni dello Stato, una disciplina rivolta all'individuazione dei modi in cui ciascun livello concorre a definire gli obiettivi e al coordinamento della relativa attuazione, perseguendo il massimo di espansione autonomistica nel nostro ordinamento e insieme il massimo di sincronizzazione nel funzionamento dello stesso⁷⁰.

Concludendo, tale legge se, da un lato, rappresenta il momento della effettiva nascita del servizio sanitario come servizio pubblico, di cui ad occuparsi deve essere l'apparato pubblico, dall'altro, amplia ulteriormente il concetto di sanità

69 Titolo I, capo II, art. 10 legge 833/1978

70 In questo senso si esprime in modo efficace G. PASTORI, *La terza fase dell'ordinamento regionale: trasferimento e riforme nel d.P.R. n.616*, in *Le regioni*, 1977, p. 1216 segg.

attribuendogli quel carattere che qui si cerca di spiegare e cioè la nozione plurale del bene salute.

La l. 833 del 1978 infatti assegna alla Repubblica il compito di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, assegnando dunque alle istituzioni repubblicane il compito di provvedere all'erogazione del servizio pubblico sanitario⁷¹. In attuazione della legge istitutiva del SSN dunque, il servizio sanitario è caratterizzato dalla partecipazione di una molteplicità di amministrazioni, enti pubblici e soggetti privati che insieme, ognuno a vario titolo, concorrono al perseguimento degli obiettivi di tutela della salute.

Si parla di sanità come servizio pubblico plurale intendendo anche che, come ricavabile dal nostro ordinamento, esistono diverse e molteplici nozioni di salute.

Si parla infatti di salute pubblica, salute ambientale, salute e sicurezza alimentare, salute nei luoghi di lavoro, salute e popolazione, salute e sport⁷².

Come mostra chiaramente Antonelli: *“Il generico bene della salute viene, dunque, esattamente individuato attraverso le ulteriori specificazioni che lo caratterizzano e che rimandano a complessi normativi settoriali e a diversi soggetti istituzionali deputati ad assicurare la relativa tutela⁷³”*. In questo senso la domanda complessiva del bene salute deve essere assicurata da una molteplicità di soggetti che partecipano insieme in un intervento coordinato tale da fornire una risposta il più possibile efficace e completa.

71 Per una completa trattazione si veda V. ANTONELLI, *Le amministrazioni statali, nazionali e europee*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, di prossima pubblicazione (2012).

72 V. ANTONELLI, ult. op. cit.

73 V. ANTONELLI, ult. op. cit.

CAPITOLO 3

LE MOLTEPLICI RIFORME DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

3.1. *La difficile attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale*

La legge istitutiva del servizio sanitario nazionale configura espressamente il diritto alla salute come diritto “*di tutta la popolazione senza distinzione di condizione individuale e sociale*”, un diritto che è volto “*alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica*⁷⁴”, dunque alla globalità delle prestazioni, un diritto da soddisfare “*secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*” insomma: “*uguaglianza di trattamento*”.

Proprio in attuazione delle previsioni costituzionali di cui all'art. 32 della Costituzione, la legge 833 del 1978 configura ai cittadini utenti la titolarità del diritto soggettivo volto a ottenere prestazioni globali nel rispetto del principio costituzionale di uguaglianza sostanziale. Perché ciò possa essere effettivo, sono necessarie l'integrazione e l'imputazione unitaria delle funzioni di governo e di gestione dei servizi, e la legge 833 del 1978 espressamente ne è portatrice.

Tuttavia, peccando per difetto, la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale non ha dettato una disciplina precisa dell'istituto, demandandone invece la competenza alla legge regionale⁷⁵. Infatti, l'attuazione del diritto alla salute come diritto sociale e del disegno di autonomia regionale, seppur correndo su strade parallele, tuttavia faticavano – e oggi ancora in parte faticano - a non entrare in conflitto e a trovare punti di equilibrio⁷⁶.

Senza dubbio, è stata causa di crisi dell'appena riformato sistema sanitario nazionale, proprio il cambiamento di prospettiva costituzionale costituito dal passaggio di titolarità amministrativa in materia sanitaria alle regioni.

74 Art. 1, comma 3 legge n. 833/1978

75 A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna 2009, p. 270 ss.

76 R. BALDUZZI, *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna 2009, citazione p. 16

Tale cambiamento, infatti, non è avvenuto in un quadro di promozione delle autonomie regionali, al contrario, mantenendo un accentramento burocratico a livello nazionale; quando, invece, il D.P.R. n. 616 del 1977 aveva indicato chiaramente la strada delle riforme in materia di titolarità delle regioni e degli enti locali⁷⁷. Inoltre, non sono state attuate riforme strutturalmente necessarie per la costruzione di un moderno Stato sociale quali: la riforma fiscale e della finanza locale, la riforma dei servizi sociali, oltre alle appena citate riforme delle autonomie locali e della trasformazione regionalistica dello Stato.

Insomma, è pacifico ritenere che la proposta di modifica della legge 833 del 1978 sia stata causata da una generale insufficiente capacità dei quadri politici, amministrativi e professionali di interpretare i cambiamenti necessari.

Oltre alla preoccupazione circa la compatibilità tra organizzazione decentrata e garanzia sostanziale del diritto, vi è stata una forte preoccupazione riguardo la sostenibilità finanziaria tanto che, dopo circa trent'anni, l'attuale Ministro della Salute Renato Balduzzi lo ha definito *“Una sorta di libro dei sogni, per giunta indeterminato e confuso, che il Paese non avrebbe potuto sostenere”*⁷⁸.

Infatti, il sistema di finanziamento si fondava sul fondo sanitario nazionale quale unica fonte centrale cui non corrispondeva, tuttavia, un'attività di costi e di budget che consentisse una responsabilizzazione a livello territoriale basata sui risultati. Inoltre, il forte aumento della spesa sanitaria pubblica negli anni Ottanta, la crescente crisi della valuta nazionale, l'aumento dei costi di produzione, la crescita dei consumi, l'incremento della spesa sanitaria pro-capite e la forte disomogeneità generale tra le diverse regioni, hanno portato il legislatore a ripensare ai meccanismi alla base del sistema.

Il prevalere delle logiche burocratiche, poi, ha certamente soffocato lo sviluppo manageriale necessario per promuovere cambiamenti. Infatti, prevalenti nelle categorie professionali sono state le corporazioni che hanno ostacolato l'evoluzione dei profili professionali, premiando invece le specializzazioni settoriali a scapito della integrazione.

⁷⁷ Atti parlamentari Camera dei deputati, XIII legislatura – disegni di legge e relazioni – documenti.
Dalla L. 833/1978, istituzione del servizio sanitario nazionale, al D.lgs. 229/99, di razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.

⁷⁸ R. BALDUZZI, ultima opera citata, p. 16

Per quel che riguarda il nuovo modello delle Unità sanitarie locali, esse presto hanno manifestato la loro “ambiguità organizzativa⁷⁹” configurandosi alla stregua di “poteri” locali autonomi, sostanzialmente irresponsabili dei risultati di gestione⁸⁰.

I nodi che il legislatore avrebbe dovuto sciogliere erano dunque legati a una serie di rapporti quali quelli tra: accentramento e decentramento, responsabilità politiche e ruoli gestionali, efficienza ed efficacia, funzioni manageriali e professionali nonché tra strutture e gestione della spesa.

Così, sotto la spinta dell'emergenza della situazione economica del paese e del crollo dei mercati finanziari, e dopo sei anni di infruttuoso dibattito parlamentare sul disegno di legge di riforma del servizio sanitario nazionale, agli inizi degli anni novanta, sulla scia di altre importanti riforme, come quella sulle autonomie locali di cui alla l. 8 giugno 1990, n.142, il Governo Amato ritenne di dover intervenire chiedendo e ottenendo dal Parlamento ampio potere di delega che si concluse con l'approvazione della legge delega 23 ottobre 1992, n.421.

Tale legge è stata emanata con lo scopo di realizzare una revisione e una razionalizzazione di alcune materie chiave quali la sanità, il pubblico impiego, la previdenza e la finanza territoriale. Inoltre, tale legge individuava due momenti distinti di attuazione: il primo, previsto per la fine del 1992 e l'altro previsto entro il 1993, quasi a voler presupporre la necessità di una verifica tra quanto veniva formalizzato subito dal Governo in carica e quanto fosse poi indispensabile rettificare sulla base dell'esperienza maturata dalla prima svolta normativa.

La legge delega 421 del 1992 può considerarsi la prima ad aver riformato la sanità dopo la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale del 1978⁸¹ e ad aver individuato gli aspetti e gli organi del sistema sanitario che avrebbero dovuto

79 L'espressione è di V. ANTONELLI, *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in *Amministrazione in cammino. Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione*, a cura del Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “Vittorio Bachelet”.

80 V. ANOTONELLI, ult. op. cit. p. 2 ss.

81 Non può infatti considerarsi significativa la legge n.4 del 1986, legge non a caso definita “mini riforma del 1986”, poiché tale legge aveva inciso solo su aspetti marginali dell'organizzazione sanitaria senza alcuna modifica sostanziale al finanziamento del SSN. Per maggiori approfondimenti il rimando va a B.PRIMICERIO, *Lineamenti di diritto sanitario*, Roma 1995, p. 20

formare oggetto di riordino da parte del Governo, ponendo indirettamente l'accento su quali fossero i principi e le strutture ad avere maggiormente contribuito al dissesto finanziario della sanità.

In attuazione della legge delega al Governo, attraverso l'art. 1 della legge 421 del 1992, è stato emanato il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria”.

3.2. *Le innovazioni introdotte dal d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*

Il vero riordino della disciplina sanitaria si è avuto, come già accennato, con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che ha il merito di aver riordinato e innovato aspetti essenziali dell'intera disciplina sanitaria.

Obbiettivo principale del decreto legislativo è stato quello di garantire una maggiore efficienza del sistema sanitario nazionale che non può più permettersi di fare affidamento esclusivamente sulle finanze pubbliche. Lo Stato infatti si trova nelle condizioni di non poter garantire il “tutto a tutti” ma solo uno “standard essenziale” di prestazioni lasciando alle regioni – attraverso la loro autonomia dispositiva – e ai cittadini – attraverso il proprio reddito – la soddisfazione dei bisogni che lo Stato non può più coprire totalmente.

Le prestazioni e i servizi erogabili diventano oggettivamente condizionati dalle risorse finanziarie che si ritiene di poter mettere a disposizione del servizio sanitario nazionale tanto che, come sostenuto lucidamente da Mattioni: *“il passaggio da un sistema basato sulla rilevazione dei bisogni cui si assicura soddisfacimento ad un sistema che si condiziona a parametri finanziari precostituiti, costituisce una inversione radicale di tendenza che ha potuto far parlare di una sorta di controriforma⁸²”*.

Tali novità introdotte dal decreto non sono state ben accolte anzi, estremamente tormentato è stato l'esordio del processo di riforma che qui si discute.

82 Per un approfondimento di questi temi si veda A. MATTIONI, *Dalla legge istitutiva del Ssn ai provvedimenti di riordino*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna 2009, p. 280

Infatti, il trasferimento alle regioni delle responsabilità in termini finanziari e gestionali del nuovo sistema sanitario, non accompagnato però da garanzie in termini normativi e finanziari, ha condotto a conflitti che sono sfociati nel ricorso da parte di nove regioni alla Corte Costituzionale e nella proposta di un referendum abrogativo del provvedimento. A ciò sono seguite le dimissioni del Ministro della Sanità proponente accompagnate dalle contestazioni delle associazioni mediche.

Lo Stato dunque, secondo quanto previsto dal decreto legislativo, fissa i livelli uniformi di assistenza obbligatoria che le regioni devono garantire, mentre alle stesse, mediante apposita legge, sono attribuite anche funzioni di programmazione, gestione finanziaria e organizzazione grazie anche a una più ampia autonomia impositiva⁸³.

I livelli uniformi di assistenza sono definiti come l'insieme delle attività che devono essere erogate dal sistema sanitario nazionale e rappresentano lo standard essenziale di prestazioni che sono diritto di tutti i cittadini.

La previsione normativa dei livelli uniformi di assistenza già era presente nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, ma si può dire che nel decreto legislativo 502 del 1992 sia stato diverso l'approccio .

Infatti, la legge 833 del 1978 prevedeva la programmazione *“dei livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini”⁸⁴* nell'ambito del Piano sanitario nazionale, nonché l'unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie. Il decreto legislativo, invece, prevede che la programmazione sanitaria e i livelli uniformi di assistenza siano vincolati agli *“obiettivi della programmazione socio-sanitaria nazionale”* e *“ all'entità del finanziamento assicurato dal Servizio sanitario nazionale”⁸⁵*.

83 D. lgs. 502/1992, Titolo I, art. 2, Competenze regionali: *“Spettano alle Regioni e alle Province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Spettano in particolare alle Regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette Unità sanitarie locali ed Aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie”*.

84 L. 833 del 1978 art. 3, comma II

85 D. lgs. n. 502 del 1992 art.1, comma I

La novità consiste nell'individuazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione.

Spetta dunque alle regioni definire i modelli organizzativi dei servizi sulla base delle specifiche esigenze territoriali e delle risorse effettivamente a disposizione attraverso il Piano sanitario regionale.

I comuni vengono così estromessi quasi totalmente dalla gestione della sanità, riducendo significativamente il numero delle USL e procedendo alla loro aziendalizzazione nonché “depoliticizzazione”.

La seconda riforma della sanità è dunque risultata, a distanza di pochi anni dalla sua attuazione, alquanto lacunosa a tal punto che il legislatore ha apportato nuove modifiche tali da rispettare compiutamente le finalità iniziali, soprattutto in relazione alla centralità del cittadino utente.

3.3. *La terza riforma della sanità con il d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229*

Il primo momento di revisione del d. lgs. 502 del 1992 si ha con la l. 30 ottobre 1998, n. 419 con la quale il Parlamento "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale”.

Il motivo ispiratore che ha condotto il legislatore a delegare l'Esecutivo all'adozione di un provvedimento è da ricercarsi nella necessità, non più derogabile, del superamento delle contraddizioni che hanno ritardato il completamento del percorso di regionalizzazione del sistema sanitario nazionale e della conseguente aziendalizzazione del bene salute.

In attuazione dei precetti indicati nella legge delega, il Governo varò il d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 ,cosiddetto decreto Bindi, dal nome dell'allora Ministro della Sanità, successivamente modificato con il d. lgs. 2 marzo 2000, n. 49 e i

successivi n. 168 del 7 giugno 2000 e n. 254 del 28 luglio 2000.

Con riferimento al decreto in questione, il termine maggiormente indicativo è senza dubbio “razionalizzazione” nel senso che, tale decreto, *“costituisce una riproposizione razionalizzata della cultura e delle istituzioni volute dalle legge del 1978 (...) tenendo contestualmente presenti le correzioni (...) apportate dai provvedimenti degli anni Novanta⁸⁶”*.

Con riguardo alla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, il decreto 229 del 1999 ha il merito di aver ricondotto le attività di tutela della salute alla categoria di funzione pubblica proponendo forme di integrazione sociosanitaria.

Dai provvedimenti di riordino dei primi anni Novanta, invece, viene ripreso in modo determinante il processo di aziendalizzazione. Infatti, a seguito del decreto Bindi, tale processo – già avviato con il d. lgs. 502 del 1992 – ha subito una forte accelerazione interessando sia le USL, che *“in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale⁸⁷”*, sia gli ospedali in possesso dei requisiti di cui all'art. 4, comma 1-bis. Il decreto, infatti, prevede che *“nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri”*.

Per quel che riguarda le nuove ASL (aziende sanitarie locali), pur essendo aziende pubbliche attraverso cui le regioni garantiscono i LEA (livelli essenziali di assistenza), nel perseguimento di detti obiettivi, esse agiscono con i poteri di un'impresa privata. Infatti, come previsto dall'art. 3, comma 1-bis del decreto *“la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con legge regionale”*. Senza dubbio, la nuova natura delle ASL costituisce un momento molto significativo del passaggio da un sistema sanitario, se così possiamo definirlo “politicizzato”, dove l'USL altro non era che una struttura organizzativa del comune, a un nuovo sistema basato sulla gestione manageriale.

86 A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna 2009, cit. p. 298.

87 Art. 3, comma 1-bis, d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229

D'altra parte, usando le parole di Mattioni: “(...) *in un sistema in cui le decisioni politiche sono assunte da stato e regione non (ha) senso la politicizzazione dell'organismo di gestione; l'aziendalizzazione è infatti depoliticizzazione del momento gestionale*⁸⁸”.

La gestione dell'ASL, in coerenza con una piena attuazione del modello aziendale, è affidata al direttore generale quale organo a competenza tecnico-funzionale. Inoltre, l'azienda è dotata di autonomia imprenditoriale e la sua organizzazione è disciplinata con “*atto aziendale di diritto privato*”.

Tutti elementi questi che concorrono a delineare un nuovo modello di amministrazione pubblica che potremmo chiamare “*amministrazione aziendalizzata*⁸⁹”.

Altro aspetto rilevante del decreto Bindi, come accennato, è costituito dalla necessità di stringere i rapporti con il territorio attraverso la c. d. *integrazione sociosanitaria*. L'art. 3-septies del decreto prevede che l'integrazione riguardi “*tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute alla persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni a protezione sociale*”. Si tratta di un'innovazione molto significativa se si considera che nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale esse erano affidate alla competenza delle regioni e che nel decreto 502 del 1992 erano rese addirittura facoltative. Nel decreto del 1999 sono, al contrario, oggetto di una vera e propria disciplina con riguardo sia alla titolarità delle competenze sia alle modalità di funzionamento, a seconda che si tratti di: prestazioni sanitarie a livello sociale, prestazioni sociali a livello sanitario o prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Con riferimento alle prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, esse “*sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria*⁹⁰” e “*sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese*”.

88 A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. BALDUZZI, Bologna 2009, cit. p. 312

89 L'espressione è di A. MATTIONI, ult. op. cit., p. 313

90 Art. 3-septies, comma IV, d. lgs. 229 del 1999 che così continua “*attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*”.

nei livelli essenziali di assistenza⁹¹”.

Per quel che riguarda le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, esse competono alle regioni che dovranno provvedere a finanziare secondo le indicazioni fornite da atto di indirizzo e di coordinamento *“sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza⁹²”.*

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, invece, sono di competenza del comune che è tenuto a provvedere anche perché necessariamente sostenuto da finanziamenti che la legge regionale deve assicurare in conformità con quanto previsto dalla l. 28 marzo 1991, n. 112 recante titolo “Norme in materia di commercio su aree pubbliche”.

È possibile affermare che l'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali - previste ma non attuate dalla l. 833 del 1978 e abbandonate dai provvedimenti di riordino del 1992-1993 – costituiscono ora il più serio tentativo di dare all'integrazione sociosanitaria una vera e propria struttura istituzionale.

Il decreto legislativo 229 del 1999, oltre ad accelerare il processo di aziendalizzazione e a definire in modo compiuto l'integrazione sociosanitaria, preme in modo significativo sul processo di regionalizzazione consolidando l'autonomia regionale sia nella definizione del Piano sanitario nazionale, sia nella determinazione dei bisogni complessivi del sistema sanitario nazionale.

Tale decreto, attraverso il processo di razionalizzazione, ha tentato di imporre sul piano nazionale un modello unico di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, disciplinando scrupolosamente ogni livello di intervento (Stato, regioni, enti locali, aziende sanitarie e privati) sia a livello organizzativo che istituzionale e funzionale.

Tuttavia, come affermano autorevolmente Vandelli e Cilione: *“In nome dell'uniformità del Servizio, si assiste ad una evidente discrasia tra le competenze della Regione, riconosciute ed anzi ampliate dai provvedimenti ad essa connessi (di finanziamento, di programmazione, di gestione e raggiungimento dei risultati di salute) e la capacità di regolazione del sistema ed i limiti a diverso titolo ad essa imposti, proprio in una materia che, anche per*

91 Art. 3-septies, comma V, d. lgs. n. 229 del 1999.

92 Art. 3-septies, comma VI, d. lgs. n. 229 del 1999

esigenze politiche, viene sentita come il terreno di più avanzata sperimentazione dell'autonomia regionale⁹³”.

Il decreto Bindi, dunque, pur volendo chiaramente attribuire alla regione la titolarità nella gestione e organizzazione dell'assistenza sanitaria, risulta restrittivo in termini di autonomia normativa riservando, infatti, allo Stato alcuni compiti gestionali e di intervento diretto.

Un primo segnale di superamento delle contraddizioni insite nel decreto legislativo 229 del 1999, si ha con l'approvazione del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge n.405 del medesimo anno.

Tale legge ha introdotto importantissime modifiche al sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie soprattutto in termini di contenimento della spesa sanitaria e di erogazione di livelli essenziali di assistenza.

Ma è nel decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 “Disposizioni in materia di federalismo fiscale” che l'idea del regionalismo assume una connotazione reale in un processo che arriverà al culmine con la modifica al Titolo V, parte seconda, della Costituzione.

Si può affermare che il servizio sanitario sia stato il primo e unico servizio ad avviare una progressiva trasformazione lungo le tre direttrici della devoluzione, deconcentrazione e delegazione⁹⁴.

3.4. *La sanità alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione*

È pacifico ritenere che il settore sanitario sia stato il principale campo di attuazione e di evoluzione dello Stato in senso federale, nonché il principale terreno di rafforzamento dell'autonomia regionale, grazie a una sempre maggiore responsabilizzazione delle regioni sul controllo della spesa ma allo stesso tempo, talvolta in maniera quasi contraddittoria, assistendo a un maggiore potere di

93 L. VANDELLI, G. CILIONE, *Stato, regioni e autonomie locali in campo sanitario ed assistenziale*, in *Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto. Atti del Convegno – Roma, 17 maggio 2002*, a cura di Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “Vittorio Bachelet”, Milano 2005, p. 35

94 P. LIBERATI, *Sanità e federalismo fiscale in Italia*, in *Regionalismo e standard sanitari*, a cura di G. FRANCE, Milano 2001, p. 7 ss.

condizionamento finanziario da parte dello Stato.

Senza dubbio, gli obiettivi di una riforma in senso federale nel nostro sistema statale, muovono dalla necessità di attribuire maggiore responsabilizzazione alle regioni in termini di governo della spesa sanitaria, risanare le condizioni di deficit dei servizi sanitari nazionali, migliorare la qualità delle prestazioni in termini di prevenzione e di cura e perfezionare gli strumenti per la governabilità dell'intero servizio sanitario nazionale.

Il primo modello di federalismo fiscale viene elaborato con decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 recante “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”.

Gli obiettivi prefissati nel decreto rispondono all'ambizioso tentativo di delineare un quadro completo e omogeneo che si caratterizzi per la dotazione alle regioni di risorse proprie, tali da stabilire le premesse per un sistema di responsabilizzazione in termini di spesa, non solo, ma anche per il superamento del vecchio metodo degli stanziamenti a posteriori destinati alla copertura dei disavanzi maturati e, infine, per lo sviluppo di un sistema di controllo volto a prevenire deficit di medio e lungo periodo.

Con tali intenzioni, gli obiettivi che il d. lsg. 56 del 2000 si propone di raggiungere sono, innanzitutto, il superamento del tradizionale sistema di trasferimento finanziario della spesa sanitaria, da sostituire con l'istituzione dei tributi regionali che assicurino risorse proprie per le regioni.

In secondo luogo, definire a priori la fonte di alimentazione del fondo sanitario per impedire deficit di bilancio regionale e, in ultimo, liberare le regioni dai vincoli di destinazione delle singoli voci di finanziamento stabilendo un nuovo criterio per il riparto interregionale.

Tuttavia, numerose sono state le difficoltà registrate nell'attuazione del d. lgs. 56 del 2000, ma soprattutto a fallire è stato proprio l'obiettivo di fondo, cioè *“la sostituzione di una regola di governo strutturale della spesa sanitaria in luogo della logica del negoziato politico sui saldi (in disavanzo) delle gestioni finanziarie concluse⁹⁵”*.

95 Così R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN*, in *La Sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di

Ma è con la legge di riforma costituzionale che il processo di decentramento regionale accelera lungo una strada caratterizzata da forti tensioni tra centro ed enti territoriali.

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", modifica il riparto di competenze tra Stato e regioni. In particolare, il criterio precedente della residualità viene invertito: la competenza legislativa spetta alle regioni, mentre allo Stato spettano le competenze richiamate nell'art. 117 della Costituzione. Tali competenze sono esercitate nelle forme della potestà esclusiva e residuale, riguardando quest'ultima la potestà statale.

La legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 si può dire abbia posto le premesse per un ulteriore sviluppo in senso federalistico⁹⁶. Infatti, la posizione delle regioni risulta rafforzata, sebbene in un quadro contraddittorio: quello derivante dalla necessità di dover coniugare l'autonomia regionalistica con la sovranità e unitarietà dello Stato.

Nell'ambito delle competenze costituzionali, le regioni assumono una posizione di parità con lo Stato essendo la Repubblica "*costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato*"⁹⁷. Inoltre viene attribuita alle regioni una potestà legislativa esclusiva generale nelle materie non riservate alla competenza esclusiva dello Stato o non elencate tra quelle rientranti nella competenza concorrente.

Tuttavia, viene ancora affermata la supremazia dello Stato attraverso l'attribuzione ad esso dei rapporti internazionali e con l'Unione europea, rapporti con le comunità religiose, ordine pubblico, sicurezza e perequazione finanziaria; inoltre allo Stato viene riservata la competenza esclusiva a stabilire i principi fondamentali.

La legge 3 del 2001, nel rafforzare i poteri regionali, nello stesso tempo ha riaffermato l'esigenza di assicurare l'omogeneità della tutela della salute sul piano

C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, Quaderni di Astrid, Bologna 2011

96 M. C. CLAUDI, *Il diritto alla tutela della salute nello scenario europeo e federalistico*, in *Rapporto Sanità 2003. il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, a cura di N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI, F. VANARA, Bologna 2003, p. 198 ss.

97 Art. 114, comma 1, Cost.

nazionale nel rispetto dei principi di universalità ed equità sanciti in Costituzione (oltre che nella normativa europea).

Infatti, per quel che riguarda l'ambito sanitario, le nuove disposizioni ripartiscono le competenze statali e regionali riservando, da un lato, alla legislazione esclusiva dello Stato *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti (uniformemente) su tutto il territorio nazionale⁹⁸”*, dall'altro, inserendo la materia della *“tutela della salute⁹⁹”* in quelle di legislazione concorrente, con la determinazione dei principi fondamentali da parte dello Stato e una competenza legislativa e regolamentare (esclusiva) regionale¹⁰⁰.

Il quadro che ne emerge descrive certamente una maggiore autonomia in capo alle regioni, anche se, in ambito strettamente sanitario, non presenti radicali differenze rispetto al passato, se si tiene conto che la materia sanitaria resta di competenza concorrente delle regioni e che lo Stato mantiene la competenza esclusiva anche se limitatamente alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza.

E' proprio nel settore sanitario, infatti, che vengono disciplinati i LEA (Livelli essenziali di assistenza) con il D.P.C.M. 29 novembre 2001 emanato nei giorni immediatamente successivi all'entrata in vigore della riforma costituzionale.

È pacifico ritenere che, proprio in materia sanitaria, si assista a una vera e propria trasformazione dello Stato che, da una funzione preminente di organizzatore e gestore dei servizi, si muta via via in quella di garante dell'equità, in attuazione del diritto alla salute così come sancito all'art. 32 della Costituzione.

In vero, si tratta di una trasformazione già insita nelle previsioni della legge 833 del 1978 e nel riordino degli anni Novanta, quando veniva riconosciuta alla regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Ma è dal 2001 che nel nostro Paese gli accordi tra Stato e regioni diventano lo strumento principale attraverso cui viene delineata l'assistenza pubblica.

98 Art. 117, comma 2, lettera m, Cost.

99 Termine che sostituisce la vecchia locuzione *“assistenza sanitaria ed ospedaliera”*.

100 Art. 117, comma 3, Cost.

È molto importante sottolineare come il legislatore costituzionale abbia posto con estrema chiarezza in capo allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzia costituito dai livelli essenziali di assistenza e, nello stesso tempo, abbia affidato alle regioni la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

Sul territorio nazionale, il nuovo assetto istituzionale delle autonomie certo potrebbe implicare una diversificazione a livello organizzativo e funzionale dei modelli regionali. Per questo motivo, la riserva allo Stato della determinazione dei LEA non è solo formale, anzi riflette l'esigenza inderogabile di assicurare a livello centrale una tutela equa e uniforme dei diritti civili e sociali¹⁰¹.

Ciò emerge anche da una pronuncia della Corte Costituzionale che, nella sentenza n. 88 del 2003, ha evidenziato come l'art. 117, comma 2, lettera m, della Costituzione attribuisca al legislatore *“un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti”*.

Con il decreto legge 18 settembre 2001, n. 437 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", il legislatore ha disciplinato un procedimento *ad hoc* per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza: attraverso decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Ma tale procedimento, con la l. 30 dicembre 2004, n. 331 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)", è stato parzialmente modificato. Infatti, il legislatore ha introdotto per la determinazione degli *“standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli di assistenza”* una procedura diversa che prevede, per la determinazione dei LEA, l'adozione di un regolamento del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia, *“sentita”* la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le

¹⁰¹Per un approfondimento si veda R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*, a cura di R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, Milano 2002.

province autonome.

Ne consegue che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA costituiscono il livello “essenziale” che le regioni devono garantire a tutti i cittadini utenti; tuttavia ciò non esclude che una regione virtuosa possa offrire servizi aggiuntivi e migliori prestazioni, non inclusi a livello nazionale¹⁰².

L'esigenza di garanzia dei LEA richiede dunque un sostanziale equilibrio tra i livelli essenziali – che costituiscono, nel loro insieme, la soglia essenziale di assistenza erogabile a carico del servizio sanitario nazionale, a garanzia dei principi di uguaglianza di cui all'art. 3 della Costituzione - e le risorse necessarie per assicurarli, in attuazione degli art. 119 e 120 della Costituzione. Infatti, bisogna tener conto che la riserva di legge statale è direttamente collegabile all'art. 119 della Costituzione – laddove è prevista la possibilità per lo Stato di intervenire con risorse aggiuntive *“per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona”* - e all'art. 120 del medesimo testo costituzionale in cui, al secondo comma, prevede l'intervento sostitutivo del Governo nei confronti degli organi delle regioni e degli enti locali in caso di *“mancato rispetto dei trattati internazionali, o della normativa comunitaria, oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica ovvero quando lo richiedano la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica ed in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali”*.

Come illustra chiaramente Claudi, l'espressione usata dal legislatore per definire la competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia sanitaria *“contiene ancora rilevanti elementi d'indeterminatezza, avuto riguardo al significato, non predeterminabile astrattamente con parametri oggettivi, delle locuzioni “livelli essenziali”, “prestazioni” e “diritti civili”, e, quindi, suscettibile di interpretazioni dinamiche ed evolutive, anche in senso ampliativo, come avvenuto in passato, con il risultato della possibilità per il livello centrale di*

¹⁰² Per un ulteriore approfondimento si veda *I livelli essenziali delle prestazioni dei diritti in un ordinamento multilivello*, in *Lezioni di diritto amministrativo progredito*, a cura di L. TORCHIA, Bologna 2010, p.47 ss.

incidere, in modo più o meno ampio, sul potere giuridico degli altri soggetti coinvolti, in correlazione con lo sviluppo del contesto economico e sociale del paese¹⁰³”.

È importante, per il tema che qui si tratta, sottolineare come, in materia sanitaria, l'individuazione dei LEA abbia comportato un intenso scambio tra Stato e regioni tale da creare un nuovo modello di governabilità che possiamo definire “negoziale”.

La stessa Corte Costituzionale ha affermato, nelle sentenze n. 88 del 2003 e n. 136 del 2006, che, a causa della “forte incidenza” dei livelli essenziali di assistenza sulle competenze regionali, le “linee generali” delle relative scelte devono essere adottate con legge “che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori”.

In ultimo, ma non centro per importanza, la legge di riforma costituzionale, come già accennato, si basa sulla previsione dei principi del federalismo fiscale indicati dal nuovo testo all'art. 119 della Costituzione. Anche su questo punto la Corte Costituzionale si è pronunciata¹⁰⁴ affermando l'illegittimità dei finanziamenti in materie di competenze regionale a destinazione vincolata previsti da nuovi fondi statali, sebbene tale principio trovi alcune eccezioni specifiche, sia in quanto i fondi potrebbero riguardare materie di competenza trasversale statale, sia per garantire la continuità di alcuni servizi e non ledere l'interesse dei destinatari delle prestazioni.

Concludendo, a una lettura complessiva dello sviluppo del sistema sanitario fino a qui mostrato, è possibile individuare gli strumenti idonei a garantire un processo di crescita effettivo in senso autonomistico delle regioni ma tali da garantire e salvaguardare il diritto alla tutela della salute in modo da chiarire e governare la complessità e pluralità del settore sanitario.

103 M. C. CLAUDI, ult. op. cit., cit. p. 207

104 Il riferimento è alle sentenze: n. 118 del 2006, n. 107 e 77 del 2005, n. 16, 49 e 423 del 2004.

3.5. *I problemi aperti*

Il federalismo fiscale rappresenta, senza dubbio, un tema centrale nell'agenda politica ma, ancora oggi, permane un velo di incertezza circa l'impatto derivante dalla sua applicazione.

Si parla infatti, da un lato, di punti critici da risolvere, soprattutto in termini di governabilità e di ingerenza politica nel settore sanitario, dall'altro di rischio, sia in termini di risorse finanziarie, a carico specialmente delle regioni a basso reddito, sia in termini di garanzia di uniformità nazionale, se è vero che l'eccessiva diversità può condurre a sistemi sanitari significativamente diversi a seconda della regione di riferimento¹⁰⁵.

Con la l. 5 maggio 2009, n. 42, "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione", il federalismo fiscale diventa legge dello Stato.

Tale legge delega si pone come provvedimento attuativo dell'art. 119 della Costituzione, proponendo nuovi modelli finanziari nei rapporti tra i diversi livelli governativi. Il vigente art. 119 conferisce, infatti, agli enti territoriali un'ampia responsabilità finanziaria e riconosce la loro autonomia sul lato dell'entrata e su quello della spesa in virtù dei principi di cooperazione, solidarietà e perequazione, così come sancito dal testo costituzionale.

Come sostenuto da Bifulco: *“l'attuazione del c. d. federalismo fiscale ha implicazioni così profonde sull'assetto dei rapporti interistituzionali da riguardare l'intera forma di Stato, non solo nella sua accezione territoriale di distribuzione del potere sul territorio, ma anche in quella più ampia di rapporto tra Stato e società*¹⁰⁶”.

Di qui la necessità di dare piena attuazione ai precetti dell'art. 119. Necessità sollecitata anche da alcune sentenze della Corte Costituzionale che più volte¹⁰⁷ ha

105 Per una trattazione completa sull'argomento si veda G. FRANCE, *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, a cura di N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI e F. VANARA, Bologna 2003, p. 265 ss.

106 R. BIFULCO, *Osservazioni sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, www.astrid-online.it.

107 Corte Costituzionale sentenze n. 37 del 2004 e n. 193 del 2007.

sottolineato il ritardo e la *“doverosa attuazione”* dell'articolo costituzionale 119. Infatti, i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, cui rinvia l'articolo, *“in quanto realizzano un coordinamento in senso stretto, hanno per oggetto la delimitazione delle sfere di competenza legislativa tributaria e presuppongono (...) l'esistenza di un'apposita legge che li stabilisca¹⁰⁸”*.

In vero, il percorso di attuazione della legge delega n. 42 del 2009 si mostra complesso sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista politico: non solo la difficile situazione economica data dalla crisi finanziaria che si è riversata sul debito pubblico e sulle aspettative di crescita, ma anche l'esigenza di rigore imposta dall'Unione europea, hanno reso di difficile applicazione le previsioni contenute nella legge delega.

Per quel che riguarda il contenuto, l'elemento di innovazione è costituito dall'introduzione del c. d. costo standard. Per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), la legge n. 42 del 2009 dispone *“il superamento graduale (...) del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard”* nonché *“il rispetto dei costi standard (...) nella determinazione delle spese”*.

È vero che la determinazione di parametri di riferimento in termini di spesa è usuale nel sistema sanitario nazionale, tuttavia l'introduzione del costo standard può essere a ragione considerato un elemento di innovazione, se si considerano le insistenze normative circa l'adozione di sistemi di determinazione dei fabbisogni regionali meno approssimativi.

Per la prima metà degli anni Novanta, infatti, i fondi finanziari destinati al sistema sanitario nazionale erano assegnati alle regioni sulla base del criterio della c. d. spesa storica: nel caso di disavanzi, essi erano ripianati ex post dallo Stato, al contrario, eventuali avanzi, restavano nella disponibilità delle regioni.

Tuttavia, il meccanismo della spesa storica premia di fatto i produttori delle regioni meno efficienti, che ricevono risorse in eccesso rispetto alle attività svolte e alla qualità dell'assistenza fornita¹⁰⁹. Di qui l'esigenza di sistemi meno

108 Corte Costituzionale sentenza n. 102 del 2008.

109 Per un approfondimento sulla storia della quota capitaria di finanziamento del sistema sanitario

approssimativi sia con riguardo alla definizione dei fabbisogni che alla valutazione delle prestazioni erogate in ciascuna regione.

L'obiettivo che la norma si propone di raggiungere è modificare i sistemi di finanziamento alla sanità, in modo tale da non far ricadere le inefficienze di alcune regioni sui contribuenti delle regioni più virtuose. Il meccanismo alla base di questo ragionamento è in apparenza molto semplice ma anche, se così possiamo dire, piuttosto semplicistico.

Con riferimento alla gestione della spesa sanitaria infatti, si parla di buona e cattiva amministrazione. Una cattiva amministrazione, a parità di prodotto, spende troppo e, a parità di spesa, produce prestazioni poco efficaci. Ma in un sistema basato su una quota capitaria, che tratta in egual misura le cattive e le buone amministrazioni, le regioni più efficienti vengono penalizzate dal momento che, tale sistema, impone loro una quota parte degli oneri che derivano dalla cattiva gestione dei finanziamenti da parte delle regioni meno capaci.

Tuttavia, è indispensabile porre alcune precisazioni. Innanzitutto, è opportuno considerare che, in caso di inefficienze, non basta individuare le comunità a cui attribuire tale mancanza, ma è necessario anche contenerle. Infatti, concentrare l'attenzione solo su “ *chi paga rischia di mettere in secondo piano la lotta agli sprechi, quasi che esistessero delle inefficienze tollerabili perché sopportate da chi le produce*¹¹⁰”. Non esistono certo inefficienze buone e cattive, in quanto tutte le inefficienze producono perdita di benessere.

In secondo luogo, una cattiva amministrazione non solo mal gestisce i finanziamenti, ma produce anche servizi di peggiore qualità. Infatti, concentrare l'attenzione solo sui costi di produzione delle prestazioni sanitarie, senza considerare anche quelli relativi all'efficacia delle medesime prestazioni, rischia di peggiorare la questione.

In ultimo, avvalersi dei costi standard per determinare il fabbisogno di ciascuna regione rischia di rendere molto più complicato il meccanismo di finanziamento

nazionale, si veda E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for the Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”, Milano 2011, www.espanet-italia.net.

110 E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for the Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”, Milano 2011, www.espanet-italia.net, p. 10.

che, al contrario, dovrebbe fare gli opportuni distinguo tra gli effettivi bisogni di assistenza e quelli legati all'utilizzo delle risorse.

Tale questione, tuttavia, non viene risolta a livello normativo con il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 “Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario”, attuativo della legge delega 5 maggio 2009, n. 42 . Tale decreto introduce semplicemente nuovi indicatori circa i costi standard e i fabbisogni standard nel settore sanitario.

Il decreto è diretto a disciplinare, a decorrere dall'anno 2013, la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard per le regioni a statuto ordinario nel settore sanitario¹¹¹, fabbisogni che costituiscono l'ammontare di risorse necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza e di appropriatezza.

Il fabbisogno standard regionale, rapportato al fabbisogno standard nazionale, viene definito sulla base della media dei costi standardizzati di tre delle cinque migliori regioni per i bilanci in regola e per la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza del servizio reso nel 2011. Le singole regioni dunque dovranno adeguarsi alle percentuali di costo e di fabbisogno indicate nella programmazione nazionale.

Un nuovo approccio che potrebbe favorire recuperi di efficienza e di efficacia soprattutto in quelle regioni caratterizzate da una scarsa amministrazione.

Quando si discute circa la sanità come bene pubblico, la questione che maggiormente interessa dovrebbe ruotare attorno all'equità del servizio e, solo poi, all'efficienza. Ciò nonostante, oggi il contenimento della spesa entro certi limiti rientranti nelle esigenze di finanza pubblica, è un'esigenza prioritaria.

Infatti, tema scottante e quanto mai complesso, riguarda tanto la questione dei finanziamenti del settore sanitario quanto quella della sostenibilità della spesa futura.

Con l'accordo siglato tra Stato e regioni l'8 agosto del 2001, si è previsto un tetto di spesa sanitaria per il triennio 2002 – 2004 nonché strumenti a disposizione

111 Art. 25, comma 1, d. lgs. 6 maggio 2011, n. 68.

delle regioni per la copertura dei deficit di bilancio, quali i ticket. Inoltre, con il medesimo obiettivo, la finanziaria 2002 ha previsto la riduzione dei fondi statali come sanzione per le regioni inadempienti agli obblighi derivanti dall'accordo Stato – regioni.

Questo sistema di accordi e di relative sanzioni è stato portato avanti anche successivamente con la legge 30 dicembre 2004, n. 311 (la legge finanziaria 2005) che ha fissato nuovi tetti di spesa per il triennio 2005 – 2007. Con il Patto per la salute poi, stipulato con l'intesa Stato – regioni il 5 ottobre 2006, vengono definiti i contenuti della programmazione per il triennio 2007 – 2009.

Ma è nel periodo che separa la legge finanziaria 2005 dal Patto per la salute del 23 ottobre 2009, che si assiste a un significativo cambiamento nel rapporto tra Stato e regioni tanto da portare, nel corso dello stesso anno, a una parziale interruzione dei rapporti istituzionali e delle conferenze Stato – regioni.

La caratteristica più rilevante dell'accordo è un significativo aumento dei contributi statali alle regioni: lo Stato infatti si impegna ad assicurare 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 e 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, un incremento del 2,8% per l'anno 2012¹¹².

Per quel che riguarda il nuovo Patto per la salute, che coprirà il periodo 2013 – 2015, bisognerà aspettare il mese di luglio quando il Consiglio dei ministri dovrebbe varare un unico provvedimento nel quale dovrebbero confluire sia eventuali tagli, che i provvedimenti messi a punto dal ministro della Salute, Renato Balduzzi.

Sul lato della spesa, l'obiettivo del governo è di definire entro l'inizio di luglio un pacchetto di misure che porti un risparmio di almeno 6-7 miliardi da qui a fine anno, nonchè finanziare alcune esigenze scoperte e i primi interventi per la ricostruzione dell'Emilia-Romagna dopo il terremoto.

112 <http://www.salute.gov.it>

Conclusioni

Da una lettura complessiva dell'elaborato, emerge chiaramente come il continuo dilagare di interventi normativi e di regolazione della materia sanitaria, sia a livello nazionale che regionale, la crescente preoccupazione con riguardo ai limiti finanziari contrapposta all'esigenza della garanzia di livelli essenziali e uniformi di assistenza, ma nello stesso tempo la necessità di introdurre forme assistenziali differenziate, non solo spieghino la pluralità e complessità della materia sanitaria ma descrivano anche un sistema sanitario, quello italiano, che tenta di innovarsi e di adattarsi al modificarsi così repentino dei bisogni di salute della società.

È pacifico ritenere che, sia sotto il profilo soggettivo che oggettivo, i bisogni di salute della popolazione possono essere i più svariati a seconda della società di riferimento. Sotto il profilo oggettivo, i bisogni sanitari, dell'individuo così come della collettività, poiché misurati su dati clinici, statistici ed epidemiologici, sono tanto più necessari quanto meno alto risulta il livello sociale, culturale ed economico della popolazione. Sotto il profilo soggettivo invece, sia a livello individuale che collettivo, i bisogni sanitari aumentano in funzione del livello di benessere della popolazione e del progresso tecnologico ed economico.

Nella storia normativa italiana in materia sanitaria, la tendenza è stata quella di evolvere il concetto di tutela della salute da prevenzione, cura e riabilitazione a quello di mantenimento e promozione del benessere psico fisico della popolazione.

La l. 23 dicembre 1978, n. 833 “Istitutiva del servizio sanitario nazionale” rappresenta, certamente, di uno dei più significativi provvedimenti riformatori del servizio sanitario, non solo perché costituisce la prima legge di riforma, ma soprattutto perché in essa vengono esplicitate organizzazione, programmazione e gestione del servizio nonché i principi fondamentali, principi che non verranno mai abbandonati, ma tuttavia adeguate e modificate.

Uniformità delle prestazioni, eguaglianza di trattamento, universalità dei destinatari: questi sono i principi a fondamento del servizio sanitario nazionale.

Principi che corrispondono, nelle intenzioni del legislatore, a una garanzia quanto mai fedele delle norme Costituzionali di cui all'art. 32 sul diritto alla salute e all'art. 3 sul principio di uguaglianza e all'art. 2 sul principio di solidarietà politica, economica e sociale.

Studiando l'evoluzione normativa in materia, è emerso come il tema della sanità e quello di riforma dello Stato siano in strettissima correlazione. Anzi, è possibile affermare che proprio la sanità sia stato teatro di trasformazione dello Stato in senso federale e che, ancora oggi, è, in molti suoi ambiti, *“il laboratorio di applicazione degli strumenti di responsabilizzazione dei decisori che il federalismo fiscale vorrebbe introdurre in tutto il settore pubblico”¹¹³*.

Ciò è rilevabile sin dai primi momenti di riforma del servizio sanitario nazionale, mi riferisco ai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502 e 19 giugno 1999, n. 229. Anche se è con la riforma del Titolo V, parte II, della Costituzione, avuta con legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che si compie un passo fondamentale verso una più compiuta trasformazione dello Stato, fino alle più recenti leggi in materia di federalismo fiscale.

È stato molto interessante studiare la normativa in materia in quanto costituisce un segnale di cambiamento di prospettiva estremamente significativo, mi riferisco in particolare al fatto che il criterio precedente della residualità viene invertito: la competenza legislativa spetta alle regioni, mentre allo Stato spettano le competenze richiamate nell'art. 117 della Costituzione.

Le regioni, dunque, acquistano sempre più autonomia legislativa e, soprattutto in materia sanitaria, è possibile notare come ciò crei una situazione, se così possiamo definirla, ambigua.

Infatti, in uno Stato caratterizzato da elementi federalistici, l'esigenza è, senza dubbio, quella di mantenere l'unità nazionale soprattutto in materia di prestazioni sanitarie nel rispetto delle previsioni costituzionali. Dunque risulta indispensabile cercare una soluzione comune tra centralità e federalismo. Mi riferisco al tentativo della normativa di creare strumenti idonei a rendere effettivo il

113 E. CARUSO, N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for the Espanet Conference “Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa”, Milano 2011, www.espanet-italia.net, cit. pag. 23.

progresso di crescita in senso autonomistico delle regioni ma, nello stesso tempo, salvaguardare il diritto alla tutela della salute e di cittadinanza unitaria senza cedere a tentazioni di natura centralistica.

Tale contraddizione cerca di essere risolta, sia nella normativa che nella giurisprudenza, assicurando un livello essenziale di prestazioni il cui compito è affidato allo Stato. Le motivazioni di tale necessità vanno ricercate innanzitutto nel fatto che, un livello uniforme di prestazioni risulta indispensabile se si vuole garantire il rispetto dei precetti costituzionali in termini di diritto alla salute, uguaglianza e solidarietà sociale, economica e politica.

In secondo luogo, garantire un'uniformità di assistenza sanitaria sul territorio nazionale è quanto mai necessario anche in termini di efficienza economica di allocazione delle risorse. Infatti, in un sistema frammentato si generano diseconomie di scala e duplicazione di strutture e di servizi oltre a maggiori costi attribuiti alla necessità di coordinare i diversi servizi regionali e provinciali.

In terzo luogo, un certo grado di uniformità territoriale, in termini di erogazione delle prestazioni sanitarie, è forse necessaria se si desidera continuare a godere di un'economia integrata¹¹⁴.

Infine, un grado minimo di uniformità tra i servizi sanitari regionali si può giustificare anche con riguardo alla salvaguardia del carattere pubblico e nazionale della sanità ma anche dell'unità nazionale, unità messa in discussione forse con troppa audacia negli ultimi anni da parti politiche che tendono a promuovere un sistema federalistico per nulla solidale, piuttosto mosso da esclusivi interessi locali.

Il federalismo fiscale ha portato numerose e significative innovazioni in ambito sanitario, tuttavia non è possibile tralasciare le questioni che ruotano attorno a un tale sistema, sia dal punto di vista della gestione e organizzazione, sia a livello di finanziamenti del settore sanitario.

L'universalità del servizio e i nuovi rischi che emergono circa l'accentuazione delle disuguaglianze a livello regionale, potrebbero quasi mettere in discussione l'intero impianto a fondamento del sistema sanitario nonché i principi contenuti

114 Ult. op. cit. p. 267.

nel testo costituzionale.

Se si vuole guardare alla sostenibilità della spesa sanitaria futura poi, è indispensabile considerare che la motivazione alla base del federalismo fiscale sanitario è, senza dubbio, una maggiore responsabilizzazione finanziaria a livello regionale. Responsabilizzazione che dovrebbe essere perseguita grazie al conseguimento di una maggiore autonomia legislativa, di programmazione e di organizzazione, stimolando la competizione interregionale grazie all'introduzione di logiche di federalismo solidale.

Molte sono le leve da poter utilizzare per raggiungere tali risultati: a livello centrale l'indicazione di livelli uniformi di assistenza e di costi, senza dubbio ne rappresentano un esempio. A livello regionale, invece, sono presenti una serie di strumenti quali la compartecipazione dei cittadini privati alla spesa, costi collegati a specifici servizi sanitari, riduzione dei posti letto, ecc.

Ma l'impatto maggiore rischia di essere causato da una serie di fattori di contesto, interni ed esterni¹¹⁵. Tra i fattori interni vi sono: la necessaria presenza di competenze professionali adeguate, la disponibilità di sistemi di controllo e di pianificazione, assetti istituzionali di qualità, per citarne alcuni. Tra i fattori esterni vanno considerati: le caratteristiche specifiche delle diverse regioni, gli interessi economici e politici, la presenza di organizzazioni malavitose e la necessità di integrare forme di maggiore cooperazione interregionale.

È indubbio che la recente misurazione delle *performance* dei sistemi sanitari avviata dal Ministero della Salute, il rafforzamento delle capacità sia a livello manageriale che di *public governance* nelle organizzazioni sanitarie pubbliche dovranno essere considerate prioritarie in quanto fondamentali per evitare che l'attuazione del federalismo possa comportare l'aggravamento degli squilibri già esistenti a livello regionale.

In vero, molte questioni restano ancora aperte e molti nodi sono da sciogliere ma, allo stesso tempo, sono molte le proposte di gestione futura dell'ambito sanitario.

Il complesso mondo legato alla salute è stato caratterizzato da un'evoluzione

115 E. ANESSI PESSINA, E. CANTU' (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano.

molto significativa che nel corso degli anni ha portato a realizzare un sistema sanitario in grado di garantire il migliore stato di benessere psico fisico dell'individuo.

In questo senso l'evoluzione è stata molto interessante in quanto, seguendo l'evoluzione economica, medico scientifica, culturale e sociale, ha modificato il suo approccio: da semplice cura a prevenzione di tutti quei fattori che possono, in qualche modo, intaccare il benessere dell'individuo in tutti gli aspetti della sua vita, dagli affetti al lavoro e allo svago.

Concludendo, la politica continua ad auspicare un federalismo equo e solidale, ma il divario che esiste fra le diverse regioni e gruppi di interesse, se non è mitigata da un obiettivo di riequilibrio in termini di prestazioni uniformi sul territorio nazionale, può certamente condurre a una diversificazione notevole in termini di capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Bibliografia

G. AMATO, *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in *Problemi di sicurezza sociale*, Roma 1969.

E. ANESSI PESSINA, E. CANTU', *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2009*, Milano 2009.

V. ANTONELLI, *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*, in *Amministrazione in cammino. Rivista elettronica di diritto pubblico, di diritto dell'economia e di scienza dell'amministrazione*, Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "Vittorio Bachelet" (a cura di), Roma 2009.

V. ANTONELLI, *Le amministrazioni statali, nazionali e europee*, in *Manuale di diritto sanitario*, R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), Bologna 2012 (di prossima pubblicazione).

R. BALDUZZI, *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna 2009.

R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*, R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), Milano 2002.

A. BARBERA, F. BASSANINI, *I nuovi poteri delle regioni e degli enti locali. Commentario al decreto 616 di attuazione della legge 382*, Bologna 1978.

C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano 1991.

M. A. CABIDDU, *Pubblicità come attributo del servizio e non del soggetto gestore: i servizi essenziali ex art. 43 Costituzione e i servizi corrispondenti ai diritti sociali*, in *Jus*. 1999.

- G. CAIA, *La disciplina dei servizi pubblici*, in *Diritto Amministrativo*, L. MAZZAROLLI (a cura di), Bologna 1998.
- S. CASSESE, *Il sistema amministrativo italiano*, Bologna 1983.
- S. CATTANEO, voce *Servizi pubblici*, in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XLII, Milano 1990.
- O. CIRIELLO, voce *Servizi pubblici*, in *Enciclopedia giuridica*, vol. XXVIII.
- M. C. CLAUDI, *Il diritto alla tutela della salute nello scenario europeo e federalistico*, in *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI, F. VANARA (a cura di), Bologna 2003.
- G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista Trimestrale di Diritto Pubblico*, Milano 1981.
- V. DE FALCO, *Il servizio pubblico tra ordinamento comunitario e diritti interni*, Padova 2003.
- L. DE LUCIA, *La regolazione amministrativa dei servizi di pubblica utilità*, Torino 2002.
- A. DE VALLES, *I servizi pubblici*, in *Primo trattato completo del diritto amministrativo italiano*, vol. IV, Milano 1924.
- G. DI GASPARE, *Servizi pubblici locali in trasformazione*, Padova 2010.
- R. FERRARA, *Principi di diritto sanitario*, Torino 1995.

R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del SSN*, in *La Sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Quaderni di Astrid, C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), Bologna 2011.

C. FLORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova 2002.

G. FRANCE, *Devoluzione politica e standard sanitari nazionali*, in *Rapporto Sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI e F. VANARA (a cura di), Bologna 2003.

R. GAROFOLI, *Le privatizzazioni degli enti dell'economia*, Milano 1998.

M.S. GIANNINI, *Diritto amministrativo*, vol. II., Milano 1993.

P. LIBERATI, *Sanità e federalismo fiscale in Italia*, in *Regionalismo e standard sanitari*, G. FRANCE (a cura di), Milano 2001.

S. LORENZINI, A. PERETTO, *Il finanziamento pubblico della sanità in una prospettiva di federalismo fiscale*, in *I servizi sanitari in Italia*, G. FIORENTINI (a cura di), Bologna 2000.

R. LUCIFREDI, *La nuova Costituzione italiana raffrontata con lo Statuto albertino e vista nel primo triennio di sua applicazione*, Milano 1952.

I. MARINO, *Servizi pubblici e sistema autonomistico*, Milano 1987.

V. MASTRAGOSTINO, *Servizio Sanitario Nazionale e ordinamento contabile*, Rimini 1982.

A. MATTIONI, *Dalla legge istitutiva del Ssn ai provvedimenti di riordino*, in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, R. BALDUZZI (a cura di), Bologna 2009.

A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale*, R. BALDUZZI (a cura di), Bologna 2009.

F. MERUSI, voce *Servizio pubblico*, in *Nuov. Dig.*, XVII, Torino 1970.

D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: l'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo "trentennio sanitario"*, in *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, R. BALDUZZI (a cura di), Bologna 2009.

S. NICODEMO, *I diritti degli utenti alla fruizione di prestazioni essenziali*, in *Corte Costituzionale e diritti fondamentali*, L. CALIFANO (a cura di), Torino 2004.

A. PAJNO, *Servizi pubblici e tutela giurisdizionale*, in *Servizi pubblici locali e nuove forme di amministrazione, atti del XLI convegno di studi di scienza dell'amministrazione promosso dalla Amministrazione provinciale di Como, Varenna, Villa Monastero, 21-23 settembre 1995*.

G. PASTORI, *La terza fase dell'ordinamento regionale: trasferimento e riforme nel D.P.R. n.616, Le regioni*, in *Commentario del codice civile*, vol. I, A. SCIALOJA, G. BRANCA, F. GALGANO (a cura di), Bologna 1979.

U. POTOTSCHNIG, *I pubblici servizi*, Padova 1964.

B.PRIMICERIO, *Lineamenti di diritto sanitario*, Roma 1995.

O. RANELLETTI, *Il concetto di pubblico nel diritto*, in *Rivista italiana di scienze Giuridiche*, 1905.

G.U. RESCIGNO, L. GUERRA, M.A. RIZZO, *Il governo del servizio sanitario nazionale*, ricerca condotta per conto del centro studi del ministero della sanità, A.R.P.A., Modena 1982.

S. ROMANO, *Principi di diritto amministrativo*, Milano 1912.

E. SCOTTI, *Il pubblico servizio*, Padova 2003.

D. SNAIDERO, *Il contratto di lavoro in Sanità*, Milano 2005.

M. A. STEFANELLI, *La tutela dell'utente di servizi pubblici essenziali*, in *Studi in onore di Feliciano Benvenuti*, Modena 1996.

L. TORCHIA (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni dei diritti in un ordinamento multilivello*, in *Lezioni di diritto amministrativo progredito*, Bologna 2010.

L. VANDELLI, *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Rimini 1984.

L. VANDELLI, G. CILIONE, *Stato, regioni e autonomie locali in campo sanitario ed assistenziale*, in *Il nuovo Welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto. Atti del Convegno – Roma, 17 maggio 2002*, (a cura di) Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “Vittorio Bachelet”, Milano 2005.

F. ZUELLI, *Servizi pubblici e attività imprenditoriale*, Milano 1973.

Webgrafia

<http://www.astrid-online.it>

<http://www.espanet-italia.net>

<http://www.salute.gov.it>

<http://www.amministrazioneincammino.luiss.it>